

**Cinquante-sixième session  
du  
Comité régional de l’OMS  
pour l’Afrique**

*Addis Abéba, République fédérale démocratique d’Éthiopie  
28 août – 1<sup>er</sup> septembre 2006*

**Rapport final**

**Cinquante-sixième session  
du  
Comité régional de l'OMS  
Pour l'Afrique**

*Addis-Abéba, République fédérale démocratique d'Ethiopie  
28 août – 1<sup>er</sup> septembre 2006*

**Rapport final**

**Organisation mondiale de la Santé**  
Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville • 2006

*AFR/RC56/24*

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique  
(2006)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : [afrobooks@afro.who.int](mailto:afrobooks@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.

Imprimé en République du Congo

## SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>xi</b>

### PARTIE I

#### DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

##### DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations .....	1
Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs.....	1
Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs .....	2
Décision 4 : Vérification des Pouvoirs .....	2
Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme .....	3
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-septième session.....	3
Décision 7 : Ordres du jour des cent-dix-neuvième et cent-vingtième sessions du Conseil exécutif .....	3
Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif .....	4
Décision 9 : Session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé .....	4
Décision 10 : Méthode de travail et durée de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé .....	5

Décision 11 : Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional .....	6
Décision 12 : Lieux de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé et de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé .....	6
Décision 13 : Désignation de représentants auprès du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP).....	6

## RÉSOLUTIONS

AFR/RC56/R1 : Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009.....	7
AFR/RC56/R2 : Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine .....	10
AFR/RC56/R3 : Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération .....	13
AFR/RC56/R4 : Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent .....	15
AFR/RC56/R5 : Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine .....	18
AFR/RC56/R6 : Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine .....	21
AFR/RC56/R7 : Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie .....	22
AFR/RC56/R8 : Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques .....	25
AFR/RC56/R9 : Motion de remerciements .....	27

## PARTIE II

### RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

	<b>Paragraphes</b>
OUVERTURE DE LA RÉUNION.....	1 – 27
ORGANISATION DES TRAVAUX .....	28 –35

Constitution du Sous-Comité des Désignations .....	28 – 29
Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs .....	30
Adoption de l'ordre du jour.....	31
Adoption de l'horaire de travail.....	32
Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.....	33 – 35
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2004-2005 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC56/2) .....	36 – 58
Adoption du Rapport biennal .....	58
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (documents AFR/RC56/4, AFR/RC56/5 et AFR/RC56/6) .....	59 – 71
Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC56/4) .....	60 – 62
Ordres du jour de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante- septième session du Comité régional (document AFR/RC56/5) .....	63 – 68
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/6) .....	69 – 71
RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC56/3) .....	72 – 170
Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009 (document AFR/RC56/7) .....	73 – 80

Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/13) .....	81 – 91
Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/8) .....	92 – 101
Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/9).....	102 – 111
Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/10) .....	112 – 121
Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/11) .....	122 – 129
Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/12) .....	130 – 137
Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine (document AFR/RC56/14) .....	138 – 144
Gestion des connaissances dans la Région africaine : Orientations stratégiques (document AFR/RC56/16) .....	145 – 153
Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/15) .....	154 – 163
La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/17) .....	164–170
EXAMEN DU PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008-2013 ET DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 (document AFR/RC56/18) .....	171 – 180

ÉRADICATION DE LA VARIOLE : DESTRUCTION DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE (document AFR/RC56/20) .....	181 – 186
DOCUMENTS D'INFORMATION .....	187 – 198
Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC56/INF.DOC/1) .....	187 – 189
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (document AFR/RC56/INF.DOC/2) .....	190 – 191
Rapport sur les ressources humaines de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC56/INF.DOC/3) .....	192 – 193
Situation actuelle de la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine (document AFR/RC56/INF.DOC/4) .....	194 – 195
Termes de référence de la réunion des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/INF.DOC/5) .....	196 – 198
TABLE RONDE : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie (document AFR/RC56/RT/1) .....	199
DISCUSSION DE GROUPE (document AFR/RC56/ PD/1) .....	200
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-SEPTIÈME ET CINQUANTE-HUITIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC56/21).....	201 – 202
DATE ET LIEU DE LA SEPTIÈME CONFÉRENCE MONDIALE 2008 SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ (document AFR/RC56/22).....	203 – 204

DATE ET LIEU DE LA CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (document AFR/RC56/23) .....	205 – 206
SÉANCE SPÉCIALE : Faire face aux barrières mises à l'échelle dans le domaine de la santé : Une réponse coordonnée (document AFR/RC56/SS1) .....	207
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ REGIONAL (document AFR/RC56/24) .....	208
CLÔTURE DE LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL.....	209 – 212
Motion de remerciements .....	209
Remarques de clôture du Directeur régional .....	210
Remarques du Président et clôture de la réunion .....	211 – 212

### PARTIE III

#### ANNEXES

	Page
1. Liste des participants .....	91
2. Ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional .....	112
3. Programme de travail .....	115
4. Rapport du Sous-Comité du Programme .....	122
5. Rapport de la Table ronde .....	174
6. Rapport de la Discussion de groupe.....	179
7. Rapport de la Séance spéciale .....	185
8. Allocution du Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Ministre de la Santé de l'Éthiopie .....	196

9.	Allocution de Son Excellence Ato Meles Zenawi, Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie .....	200
10.	Allocution du Dr Paulo Ivo Carrido, Ministre de la Santé du Mozambique, Président de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.....	204
11.	Allocution de Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique .....	208
12.	Allocution de M. Jorge Sampaio, Envoyé spécial du secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative "Halte à la Tuberculose" .....	214
13.	Discours du Dr Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim.....	225
14.	Déclaration de S. E. le Président Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine .....	234
15.	Allocution conjointe d'Esther Guluma et de Per Engeback, Directeurs régionaux de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, et pour l'Afrique orientale et australe, respectivement .....	240
16.	Allocution du Dr Philip O. Emafo, Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants .....	248
17.	Ordre du jour provisoire de la cinquante-septième session .....	252
18.	Liste des documents .....	254

## ABRÉVIATIONS

ACD	Approche «Atteindre chaque district»
ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AGCS	Accord général sur le commerce des services
ARP	Autorité de réglementation pharmaceutique
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
CMS	Commission Macroéconomie et Santé
COMESA	Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe
CRHCS	Secrétariat communautaire régional de la Santé du Commonwealth
CUA	Commission de l'Union africaine
DDT	Dichlorodiphényltrichloréthane
DFID	Ministère du Développement international (Royaume-Uni)
ECSA	Afrique orientale, centrale et australe (CRHCS)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GC	Gestion des connaissances
GIVS	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
HRP	Recherche, développement et formation à la recherche en reproduction humaine
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le Développement
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MSP	Accord sur les mesures sanitaires et phytosanitaires
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires humanitaires des Nations Unies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OIE	Organisation mondiale de la Santé animale

OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation ouest-africaine de la Santé
OTC	Accord sur les obstacles techniques au commerce
OUA	Organisation de l'Unité africaine
PCC	Comité d'orientation et de coordination
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PIDER	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent
PSC	Sous-Comité du Programme
PTME	Prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant
ROCEA	Bureau régional d'appui de l'OCHA pour l'Afrique centrale et orientale
RSI	Règlement sanitaire international
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SSP	Soins de santé primaires
STP	SIDA, tuberculose et paludisme
TB	Tuberculose
TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNICEF/ESARO	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et australe
UNICEF/WCARO	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et centrale
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

**PARTIE I**

**DÉCISIONS DE PROCÉDURE**  
**ET**  
**RÉSOLUTIONS**

## DÉCISIONS DE PROCÉDURE

### Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, qui s'est réuni le lundi, 28 août 2006, était composé des représentants des États Membres suivants : Angola, Bénin, Comores, Congo (République du), Côte d'Ivoire, Gabon, Lesotho, Maurice, Sénégal, Seychelles et Togo. Le Ghana, bien que proposé, n'a pu y assister.

Le Sous-Comité a élu Président, Madame Paulette Missambo, Ministre de la Santé du Gabon.

*Première séance, 28 août 2006*

### Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau comme suit :

<b><i>Président:</i></b>	Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Ministre de la Santé d'Éthiopie
<b><i>1<sup>er</sup> Vice-Président:</i></b>	Dr Motloheloa Phooko, Ministre de la Santé du Lesotho
<b><i>2<sup>ème</sup> Vice-Président:</i></b>	Dr Momo Camara, Secrétaire général, Ministère de la Santé publique de Guinée
<b><i>Rapporteurs:</i></b>	Dr Tamsir Mbowe Secrétaire d'État, Gambie (pour l'anglais)
	Dr Maiga Zeinab Mint Youba, Ministre de la Santé, Mali (pour le français)

Dr Júlio César Sá Nogueira,  
Conseiller au Ministère des Affaires  
institutionnelles et des Politiques de Santé,  
Guinée-Bissau (pour le portugais)

Le Comité régional a recommandé que pour éclairer les décisions relatives à la proposition de candidats par le Sous-Comité des Désignations ultérieurement, le Secrétariat devrait toujours fournir une liste des membres des bureaux antérieurs et du bureau actuel, ainsi que des informations sur le règlement intérieur et une note explicative sur les pratiques du Comité en la matière.

*Deuxième séance, 28 août 2006*

### **Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs**

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 États Membres suivants : Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Swaziland.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le lundi 28 août 2006. Les délégués des États Membres suivants ont pris part à la réunion : Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Guinée, Libéria, Mali, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, et Swaziland. La Gambie et le Rwanda n'ont pas pu assister à la réunion.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président le Dr Jean Chrysostome Gody, Directeur de la Santé publique et de la Population de la République centrafricaine.

*Deuxième séance, 28 août 2006*

### **Décision 4 : Vérification des Pouvoirs**

Agissant sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs et sur recommandation du Président du Comité régional, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des États Membres suivants :

Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, République de Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Le République d'Érythrée et la République du Rwanda n'ont pas pu assister à la réunion.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

#### **Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme**

Le mandat des pays ci-après au sein du Sous-Comité du Programme vient à expiration à la fin de la cinquante-sixième session du Comité régional : Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Sénégal.

Ils seront remplacés par les pays suivants : Algérie, Angola, Bénin, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

*Cinquième séance, 30 août 2006*

#### **Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-septième session du Comité régional**

Le Comité régional a examiné, amendé et approuvé l'ordre du jour provisoire de la cinquante-septième session du Comité régional.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

#### **Décision 7 : Ordres du jour des cent-dix-neuvième et cent-vingtième sessions du Conseil exécutif**

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires des cent-dix-neuvième et cent-vingtième sessions du Conseil exécutif.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

### **Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif**

- 1) Conformément à la décision 8 (4) de la cinquante-cinquième session du Comité régional, le Mali a désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif à compter de la cent-dix-huitième session du Conseil, pour remplacer la Guinée-Bissau.
- 2) Le mandat du Kenya et du Lesotho expirera à la clôture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Conformément à la décision 8 de la cinquante-quatrième session du Comité régional, ces pays seront remplacés par Sao Tomé et Príncipe et le Malawi, des sous-régions II et III respectivement.
- 3) Le Malawi et Sao Tomé et Príncipe assisteront à la cent-vingtième session du Conseil exécutif en mai 2007 et devront confirmer leur disponibilité au moins six (6) semaines avant la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.
- 4) La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA51.26, a décidé que les personnes appelées à siéger au Conseil exécutif le feront en qualité de représentants gouvernementaux techniquement qualifiés dans le domaine de la santé.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

### **Décision 9 : Session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé**

Le Comité régional a pris note de la proposition du Président de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé tendant à ce que le comité nommé pour l'Assemblée serve de comité temporaire durant la session extraordinaire qui se tiendra le 9 novembre 2006. Les membres de ce Comité sont : le Burundi, le Cambodge, Chypre, l'Équateur, l'Estonie, la Guinée-Bissau, le Honduras, la Jordanie, le Nigéria, le Pakistan, la Pologne et la République populaire démocratique de Corée. Le Comité régional a également pris note du fait qu'il n'y aura pas de réunion du Bureau puisque toutes les questions seront examinées en séance plénière.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

## **Décision 10 : Méthode de travail et durée de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé**

### *Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé*

- 1) Le Président de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-Président de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2007.

### *Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé*

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé la question des délégués des États Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de :
  - Président ou Vice-Président de la Commission principale A ou B, en tant que de besoin;
  - Rapporteurs des Commissions principales.

### *Réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à Genève*

- 3) Le Directeur régional convoquera également une réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé, le samedi 12 mai 2007 à 9h30, au Siège de l'OMS à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-sixième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé présentant un intérêt particulier pour la Région africaine. Durant l'Assemblée, des réunions de coordination rassemblant les délégués africains auront lieu chaque matin à 8 heures au Palais des Nations, à Genève.

*Septième séance, 31 août 2006*

**Décision 11 : Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional**

Conformément au Règlement intérieur, le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-septième session à Brazzaville (République du Congo) du 27 au 31 août 2007. Le Comité régional déterminera le lieu et la date de sa cinquante-huitième session lors de sa cinquante-septième session.

*Huitième séance, 1<sup>er</sup> septembre 2006*

**Décision 12 : Lieux de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé et de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé**

Il a été convenu de tenir la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé à Bamako (Mali) en 2008. La septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé se tiendra à Nairobi (Kenya) en 2009.

*Septième séance, 31 août 2006*

**Décision 13 : Désignation de représentants auprès du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) – Membres de deuxième catégorie du Comité d'orientation et de coordination (PCC)**

Le mandat de la République du Congo auprès du Comité d'orientation et de coordination de HRP est arrivé à expiration le 31 décembre 2005. Suivant l'ordre alphabétique anglais, la République du Congo a été remplacée par l'Érythrée au PCC pour une période de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'Érythrée se joindra à la Côte d'Ivoire, à la République démocratique du Congo et à la Guinée équatoriale qui sont déjà membres du Comité d'orientation et de coordination.

*Huitième séance, 1<sup>er</sup> septembre 2006*

## RÉSOLUTIONS

### **AFR/RC56/R1 : Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006-2009**

Le Comité régional,

Rappelant les diverses résolutions adoptées ces dernières années sur le Programme élargi de Vaccination (PEV), notamment les résolutions AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5 et AFR/RC52/R2 sur les interventions prioritaires pour que l'accélération du programme atteigne ses objectifs;

Ayant examiné le rapport d'activité du Directeur régional sur les réalisations du Programme élargi de Vaccination dans la Région africaine;

Notant les progrès réalisés dans le cadre des stratégies accélérées de lutte contre la maladie, en vue de l'éradication de la poliomyélite et de la maîtrise de la rougeole par la vaccination d'enfants non couverts précédemment, et notant que ces initiatives ont contribué à mettre en place des réseaux étendus qui peuvent faciliter ou renforcer la surveillance d'autres maladies et des tendances sanitaires;

Reconnaissant qu'en dépit de l'amélioration substantielle de la performance des programmes nationaux de vaccination dans la Région africaine au cours de la période 2001-2005, il est nécessaire de vacciner un nombre bien plus grand d'enfants si l'on veut atteindre les cibles convenues aux niveaux mondial et régional;

Préoccupé par le fait que l'amélioration de la couverture à l'échelle régionale dissimule des disparités dans la couverture vaccinale aux niveaux national et infranational;

Préoccupé par le fait que l'adoption de vaccins et de techniques d'injection plus onéreux a rendu plus difficile encore le financement durable de la vaccination;

Reconnaissant l'importance du cadre stratégique intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie pour la période 2006-2015 », dont le principal objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination

d'au moins deux tiers, d'ici 2015 ou bien avant cette date, par rapport aux niveaux de 2000;

Reconnaissant que pour garantir l'intégration d'interventions additionnelles en faveur de la survie de l'enfant aux activités de vaccination, il est nécessaire de fournir aux pays un appui pour leur permettre d'adopter un cadre régional pour une telle intégration;

Conscient du fait que la maximisation de l'accès à la vaccination passe par l'extension de l'approche «Atteindre chaque district» (ACD);

Soulignant la nécessité pour tous les pays de déployer des efforts pour réaliser l'objectif de développement convenu au niveau international et énoncé dans la Déclaration du Millénaire adoptée par les Nations Unies, à savoir réduire de deux tiers d'ici 2015, le taux de mortalité chez les moins de cinq ans;

Ayant examiné les stratégies proposées pour accélérer la réalisation des objectifs du PEV pour la période 2006-2009;

1. APROUVE le Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006-2009;
2. PRIE INSTAMMENT les États Membres :
  - a) d'accroître les ressources budgétaires allouées pour l'achat des vaccins et les activités de vaccination ;
  - b) d'atteindre les cibles de vaccination fixées dans le plan stratégique;
  - c) de veiller à ce que les programmes nationaux de santé continuent d'accorder la priorité à la vaccination et à ce que celle-ci soit appuyée par des processus systématiques de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, ainsi que par un engagement financier à long terme;
  - d) d'élaborer des plans de viabilité financière pour les initiatives de vaccination existantes;

- e) d'accélérer la réalisation d'un niveau de surveillance permettant la certification dans tous les pays de la Région et de maintenir ce niveau, et de créer des systèmes et des équipes de riposte aux flambées de poliomyélite pour pouvoir réagir à temps à ces flambées ;
- f) de veiller à l'amélioration de la participation communautaire, dans le contexte de l'approche «Atteindre chaque district», et à l'intégration aux autres programmes prioritaires ;
- g) de mener des campagnes de vaccination transfrontières en fonction des besoins;
- h) de promouvoir le contrôle de la sécurité et de la qualité des vaccins par la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables et la formation des personnels de santé et des agents communautaires.

3. EXPRIME SA RECONNAISSANCE au Rotary International, aux Centres de Lutte contre les Maladies des Etats-Unis, à l'UNICEF, à l'USAID, au DFID, à la GAVI et aux autres partenaires pour les efforts déployés en vue de renforcer les services de vaccination, d'accroître la couverture vaccinale et d'introduire des vaccins nouveaux et des vaccins sous-utilisés dans la Région africaine.

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à plaider en faveur de l'appui au PEV pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, lors de ses rencontres subséquentes avec les Chefs d'État, les responsables politiques et d'autres personnalités influentes, afin de garantir un engagement durable en faveur des programmes nationaux de vaccination;
- b) de continuer à surveiller la mise en œuvre des stratégies accélérées de lutte contre la maladie, avec un accent particulier sur l'éradication de la poliomyélite, la fourniture d'un appui technique aux États Membres pour la création d'équipes de riposte aux flambées de poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la maîtrise de la rougeole et de la fièvre jaune, et le renforcement des systèmes de vaccination de routine;

- c) de renforcer encore la collaboration avec les institutions internationales et multilatérales, les organisations de bailleurs de fonds et les partenaires du PEV, afin d'harmoniser les politiques et d'utiliser les ressources de façon efficace et viable;
- d) de renforcer les capacités des États Membres à conduire des essais de vaccins et à compiler des données factuelles pour la prise de décisions sur l'adoption de nouveaux vaccins;
- e) de travailler en étroite collaboration avec les institutions internationales et multilatérales, les organisations de bailleurs de fonds et les partenaires du PEV, conformément au cadre stratégique intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », afin de fournir aux États Membres un appui dans la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006-2009;
- f) d'appuyer l'intégration de la vaccination aux autres interventions en faveur de la survie de l'enfant;
- g) de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

## **AFR/RC56/R2 : Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine**

Le Comité régional,

Alarmé par le fait que sur les 10,6 millions d'enfants qui meurent chaque année dans le monde, 4,6 millions sont de la Région africaine, et que la majorité des décès des moins de cinq ans sont dus à un petit nombre d'affections courantes, qu'il est possible de prévenir et de traiter;

Tenant dûment compte du fait que l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4 consiste à réduire la mortalité des moins de cinq ans de deux tiers en 2015, par rapport aux niveaux de 1990;

Reconnaissant que les traités et conventions internationaux, notamment la Convention de 1990 sur les droits de l'enfant, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en 2002, et la Consultation mondiale OMS/UNICEF sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, qui s'est tenue en 2002, mettent l'accent sur le droit inhérent à une vie de qualité et sur l'urgence de réduire la mortalité infantile;

Considérant que les enfants représentent l'avenir de l'Afrique et qu'il est impérieux d'investir dans leur santé, afin de s'assurer que les générations futures jouissent d'une meilleure santé et sont plus productives pour le développement socio-économique et la prospérité de la Région;

Conscient du fait que la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée en 1990 par l'OUA, la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 1999, et la Déclaration de Tripoli sur la survie de l'enfant, adoptée par la Conférence de l'Union africaine en juillet 2005, reconnaissent l'urgence et la nécessité d'accélérer l'action en faveur de la survie de l'enfant;

Ayant examiné minutieusement le document intitulé «Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine», qui a été élaboré conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, et qui propose une stratégie pour la survie de l'enfant dans la Région africaine :

1. APPROUVE la stratégie proposée pour la survie de l'enfant dans la Région africaine.
2. PRIE INTAMMENT les États Membres :
  - a) de mettre en place les politiques nécessaires pour mettre efficacement en œuvre la stratégie de la survie de l'enfant;
  - b) de renforcer les capacités nationales à planifier, mettre en œuvre et surveiller les activités de manière efficace, notamment en mettant en place des politiques couvrant la question de la survie de l'enfant, dans le contexte des systèmes de prestation des soins de santé;

- c) de garantir la pertinence et la cohérence des messages sur les interventions préventives en faveur de la survie de l'enfant, et d'élaborer des stratégies nationales de communication pour appuyer des activités intégrées de promotion de la santé axées sur la responsabilisation des individus, des familles et des communautés;
- d) de promouvoir le consensus, l'harmonisation des interventions et la mobilisation des ressources à l'intérieur et à l'extérieur des pays, dans le cadre des partenariats pour la santé maternelle, néonatale et infantile;
- e) de faire de la recherche opérationnelle dans les domaines prioritaires, afin d'améliorer les politiques, la planification, la mise en œuvre et l'intensification des interventions jugées efficaces pour la survie de l'enfant;
- f) d'évaluer, de documenter et de partager les données d'expérience, ainsi que les efforts déployés au titre des programmes pour atteindre les objectifs fixés, de façon à appliquer les leçons apprises au cours de la phase d'expansion et à des fins de plaidoyer;
- g) d'élaborer un cadre pour le suivi et l'évaluation, y compris la collecte de données de base, le suivi des progrès réalisés, la documentation et le partage des données d'expérience entre les pays et les régions;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de stimuler les partenariats et de collaborer avec l'UNICEF, la Banque mondiale et les autres partenaires concernés pour appuyer la mise en œuvre de la présente stratégie;
- b) de mener le plaidoyer en faveur de la mise à l'échelle des interventions prioritaires et de la mobilisation des ressources;
- c) de fournir un appui technique aux pays pour leur permettre de mettre à l'échelle les interventions en faveur de la survie de l'enfant, en renforçant les capacités, les mécanismes de suivi et d'évaluation, et l'information sur la gestion sanitaire au niveau des pays et au niveau interpays;

- d) d'aider les pays à identifier, documenter et diffuser largement les meilleures pratiques concernant la mise en œuvre de ces interventions;
- e) d'aider les pays à développer des capacités dans le domaine de la recherche opérationnelle;
- f) de faciliter la coordination et la collaboration avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales ;
- g) de faire rapport, tous les deux ans, sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Stratégie de la survie de l'enfant pour la Région africaine.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

**AFR/RC56/R3 : Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération**

Le Comité régional,

Considérant que le VIH/SIDA constitue une des principales causes de mortalité dans la Région africaine, le fardeau étant disproportionné pour les jeunes et les femmes;

Préoccupé par le fait qu'en dépit de premiers signes annonciateurs d'un déclin de l'incidence de l'infection à VIH dans certains pays, plus de 3 millions de nouvelles infections continuent d'être enregistrées chaque année dans la Région africaine;

Ayant à l'esprit la volonté et l'engagement politiques accrus manifestés par les gouvernements et la communauté internationale dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine;

Encouragé par les progrès accomplis dans l'accélération du traitement anti-rétroviral, et convaincu que le traitement et les soins offrent une bonne occasion pour accélérer la prévention de l'infection à VIH;

Conscient de l'Engagement de Brazzaville de mars 2006 pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, ainsi que de l'Appel à l'action

d'Abuja, lancé par les Chefs d'Etat lors de leur Sommet spécial sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme;

Tenant compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution AFR/RC55/R6 intitulée : Accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine, adoptée à Maputo en août 2005 ; du lancement officiel de 2006 comme Année de l'accélération de la Prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine, sous l'égide de l'Union africaine ; de la mobilisation de la famille des Nations Unies pour soutenir l'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine, et des mesures en train d'être prises par les pays pour accélérer la prévention du VIH;

1. APPROUVE le document intitulé « Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération ».

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :

- a) élaborer, adapter ou réviser les stratégies nationales visant à accélérer la prévention de l'infection à VIH dans le contexte de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien;
- b) élaborer des plans opérationnels pour la mise en œuvre de la stratégie, avec des cibles pour la mise à l'échelle de la prévention de l'infection à VIH et sur la base des cibles fixées dans la stratégie régionale;
- c) assurer le leadership et la coordination nécessaires à la mise en œuvre des stratégies et plans;
- d) assurer la recherche opérationnelle sur le changement de comportements, afin d'orienter les programmes de communication visant le changement de comportements;
- e) garantir la disponibilité à long terme des ressources, avec l'appui de la communauté internationale, afin d'assurer l'accélération des efforts nationaux viables de prévention de l'infection à VIH;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux États Membres l'appui technique nécessaire dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention de l'infection à VIH dans le secteur de la santé;
- b) de plaider en faveur de l'accroissement des ressources et d'aider à mobiliser un appui international à long terme, afin d'assurer l'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH;
- c) d'assurer le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie et d'en faire rapport au Comité régional tous les deux ans.

*Quatrième séance, 29 août 2006*

**AFR/RC56/R4 : Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent**

Le Comité régional,

Rappelant la stratégie régionale africaine relative à la pauvreté, intitulée "Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine" (AFR/RC53/9);

Rappelant la résolution AFR/RC52/R4 sur la pauvreté et la santé;

Prenant note avec satisfaction du rapport du Directeur régional sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la résolution AFR/RC52/R4;

Saluant les progrès réalisés par les pays africains en vue de réduire la pauvreté;

Rappelant les résolutions WHA59.24 sur la santé publique, l'innovation, la recherche essentielle en santé et les droits de propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux; WHA56.27 sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique; et WHA59.26 sur le commerce international et la santé;

Saluant le rapport de la Commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique;

Prenant note avec intérêt des travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé;

Alarmé par le fait que, d'après le rapport 2005 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, des millions de gens de plus ont sombré dans une pauvreté grave en Afrique subsaharienne où le pauvre devient plus pauvre;

Ne perdant pas de vue les recommandations du rapport de la Commission sur la macro-économie et la santé : *Investir dans la santé pour le développement économique (2001)* et prenant note de ses références à la pauvreté;

Préoccupé par le fait que la pauvreté est le plus grand tueur du monde et la principale cause de mauvaise santé et de souffrance;

Reconnaissant que la libéralisation du commerce peut être un puissant outil permettant de favoriser le développement, réduire la pauvreté et améliorer la santé;

Reconnaissant également que pour les pays de la Région, la croissance économique est le principal moyen de réduire la pauvreté;

Mettant l'accent sur la nécessité pour les pays de la Région de se positionner stratégiquement pour tirer parti des possibilités offertes par la libéralisation des services de santé et aborder de manière appropriée tout risque connexe;

Ayant examiné le document du Comité régional intitulé " Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/9), notamment, les moyens proposés pour avancer;

1. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) de promouvoir un dialogue multi-acteurs au niveau national pour aborder l'interaction entre le commerce international et la santé;
- b) d'adopter, en cas de besoin, les politiques, lois et réglementations qui traitent des questions identifiées dans ce dialogue, et de tirer parti des possibilités potentielles et de relever les défis que le commerce et les accords commerciaux

peuvent présenter pour la santé, en envisageant le cas échéant d'utiliser les flexibilités qui leur sont inhérentes;

- c) d'appliquer ou d'instaurer, en cas de besoin, des mécanismes de coordination faisant intervenir les ministères des finances, de la santé et du commerce et d'autres institutions pertinentes, pour aborder les aspects du commerce international liés à la santé publique;
- d) de créer des relations constructives et interactives entre les secteurs public et privé dans le but de susciter la cohérence de leurs politiques commerciale et sanitaire;
- e) de continuer de renforcer les capacités au niveau national pour évaluer et analyser les possibilités et les défis potentiels du commerce et des accords commerciaux pour la performance du secteur de la santé et les résultats sanitaires;
- f) d'établir ou de renforcer, comme il convient, les mécanismes de coordination faisant intervenir les ministères de la santé, du commerce et d'autres institutions apparentées pour aborder les aspects du commerce international liés à la santé publique.
- g) de continuer de mettre en œuvre la résolution AFR/RC52/R4, notamment, les paragraphes 2 a) à 2 e);

2. INVITE les partenaires concernés à :

- a) veiller à ce que la santé soit prise en compte lorsque des politiques commerciales sont élaborées;
- b) continuer d'informer et de conseiller les États Membres sur les questions ayant trait au commerce et à la santé publique;
- c) appuyer le renforcement des capacités nationales pour négocier et mettre en œuvre efficacement des accords commerciaux et d'autres conventions en rapport avec la santé, d'une manière qui favorise et protège la santé publique.

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir un appui aux États Membres, à leur demande et en collaboration avec les organisations internationales compétentes, dans le cadre de leurs efforts pour formuler des politiques cohérentes permettant d'aborder la relation entre le commerce et la santé;
- b) de répondre aux demandes des États Membres relatives à un appui de leurs efforts visant à renforcer les capacités permettant de comprendre les implications du commerce et des accords commerciaux pour la santé et à aborder les questions pertinentes grâce à des politiques et une législation qui tirent parti des possibilités potentielles et qui abordent les défis potentiels que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé;
- c) de continuer de collaborer avec les organisations internationales compétentes afin d'appuyer la cohérence des politiques entre le commerce et le secteur de la santé aux niveaux national et régional, y compris la production et le partage de données factuelles relatives à la relation existant entre le commerce et la santé;
- d) de continuer de mettre en œuvre la résolution AFR/RC52/R4, notamment, les paragraphes 3 a) à 3 c);
- e) de faire rapport au Comité régional, tous les deux ans, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution.

*Cinquième séance, 30 août 2006*

### **AFR/RC56/R5 : Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine**

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance de la conclusion de la Commission Macroéconomie et Santé selon laquelle un mauvais état de santé contribue pour beaucoup à la pauvreté et à une faible croissance économique;

Conscient du fait que les investissements dans le domaine de la santé ont d'importantes retombées pour la réduction de la pauvreté et le développement économique;

Rappelant les résolutions AFR/RC52/R4 sur la pauvreté et la santé et AFR/RC53/R1 sur la macroéconomie et la santé, ainsi que la résolution WHA58.30 adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé pour accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international;

Rappelant l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja en 2001 d'allouer au moins 15 % du budget national à la santé;

Rappelant la résolution WHA58.33 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé, qui invite instamment les États Membres à mettre en place des mécanismes de financement durable de la santé;

Rappelant la résolution adoptée par les Ministres de la Santé de l'Union africaine (Sp/Assembly/ATM (1) Rev.3) sur le financement de la santé en Afrique, qui réitère leur engagement à accélérer les progrès vers la réalisation des cibles d'Abuja et des Objectifs du Millénaire pour le Développement;

Sensible à l'appui fourni dans le cadre d'initiatives internationales telles que l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Global Health Research Fund, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose, et la Fondation Bill et Melinda Gates;

1. APPROUVE le document intitulé : « Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine »;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :
  - a) renforcer les capacités des ministères de la santé à exercer le leadership et à renforcer leur collaboration avec les ministères des finances et du travail et les autres ministères et acteurs concernés;

- b) renforcer ou élaborer des politiques et plans stratégiques complets de financement de la santé, et à intégrer ceux-ci à des cadres nationaux de développement tels que les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme;
- c) honorer l'engagement pris par les Chefs d'État de consacrer au moins 15% du budget national à la santé;
- d) renforcer le système national de financement de la santé, y compris les structures et processus de financement et les systèmes de gestion;
- e) renforcer les capacités de production, de diffusion et d'utilisation de bases factuelles sur le financement de la santé, à des fins de prise de décisions.

3. PRIE le Directeur régional, en collaboration avec la Banque mondiale et d'autres institutions de financement multilatérales et bilatérales, et avec les bailleurs de fonds publics et privés :

- a) de fournir des lignes directrices régionales pour l'élaboration de politiques et plans stratégiques complets de financement de la santé, et pour le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre;
- b) de fournir un appui technique approprié aux États Membres pour leur permettre de mettre au point des outils et méthodes d'évaluation de différentes pratiques en matière de financement de la santé;
- c) de mettre en place des réseaux et des mécanismes pour faciliter le partage permanent des données d'expérience sur le financement de la santé et les leçons apprises;
- d) de soutenir la recherche sur le financement de la santé, la diffusion de ses résultats et leur utilisation dans la prise de décisions;
- e) de faire rapport sur la mise en œuvre de la stratégie tous les deux ans.

*Cinquième séance, 30 août 2006*

## **AFR/RC56/R6 : Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine**

Le Comité régional,

Rappelant la Déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les Soins de Santé primaires;

Conscient de la résolution WHA51.7 (1998) : Santé pour tous pour le XXI<sup>ème</sup> siècle;

Préoccupé par la lenteur des progrès accomplis par la majorité des pays africains pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement;

Notant que les systèmes de santé nationaux se sont détériorés en raison d'un certain nombre de défis;

Reconnaissant que l'accès universel aux interventions de santé essentielles nécessite des services de santé de district performants et efficaces;

1. APPROUVE le document intitulé : «Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine»;
2. PRIE INSTAMMENT les États Membres:
  - a) d'intégrer dans leurs plans de santé nationaux et de district, les interventions prioritaires destinées à revitaliser les services de santé, sur la base des Soins de Santé primaires;
  - b) de veiller à mettre en place un mécanisme de coordination approprié pour harmoniser les rôles complémentaires des structures et institutions des niveaux local, intermédiaire et central;
  - c) de réorienter le fonctionnement de leurs hôpitaux pour qu'ils appuient les services de santé de district;
  - d) de mobiliser et affecter les ressources de manière à accorder la priorité aux systèmes de santé de district;

- e) de promouvoir la collaboration intersectorielle et les partenariats entre le secteur public et le secteur privé ;
  - f) de renforcer les capacités des communautés et d'améliorer leur participation à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services de santé;
3. PRIE le Directeur régional:
- a) de fournir des orientations et un appui techniques pour la mise en œuvre des interventions prioritaires destinées à redynamiser les services de santé de district;
  - b) de continuer à faire campagne pour un accroissement des ressources destinées à revitaliser les services de santé de district;
  - c) de renforcer la collaboration avec les partenaires ;
  - d) de faciliter l'échange des données d'expérience et la diffusion des bonnes pratiques entre les pays;
  - e) de créer une équipe spéciale régionale sur les Soins de Santé primaires;
  - f) de faire rapport au Comité régional, tous les trois ans, sur la performance des services de santé de district dans tous les pays de la Région.

*Cinquième séance, 30 août 2006*

### **AFR/RC56/R7 : Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA56.19 invitant instamment les États Membres à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux de préparation et de riposte pour prévenir et lutter contre la pandémie de grippe;

Préoccupé par la propagation de l'infection à H5N1 chez les oiseaux;

Profondément préoccupé par l'impact d'une éventuelle pandémie de grippe dans la Région ;

Conscient de la nécessité d'adopter une approche multisectorielle plus globale pour les plans nationaux consolidés de préparation et de riposte à la grippe aviaire;

Reconnaissant l'engagement de haut niveau manifesté par les autorités nationales des pays touchés face aux flambées de H5N1 dans leurs pays respectifs;

Notant les progrès réalisés dans l'élaboration des plans de préparation et de riposte;

Préoccupé par le niveau actuel du financement du plan régional et des plans nationaux de préparation et de riposte;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la préparation et la riposte face à la menace d'une pandémie, en raison du caractère hautement pathogène du virus de la grippe aviaire;

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional sur la préparation et la riposte contre la pandémie de grippe aviaire, ainsi que les actions recommandées;
2. REMERCIE le Directeur général et le Directeur régional pour la mobilisation et la fourniture d'un appui technique en vue de l'élaboration d'un plan régional et de plans nationaux de prévention et de maîtrise de la grippe pandémique dans la Région;
3. LANCE UN APPEL aux partenaires au développement et aux bailleurs de fonds pour qu'ils fournissent un appui financier et technique dans la prévention et la lutte contre la grippe pandémique dans la Région;
4. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :

- a) assurer la coordination multisectorielle, au niveau supra-ministériel, pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de préparation et de riposte;
- b) améliorer la communication et le partage de l'information sur la surveillance entre les services vétérinaires, les services de santé humaine et les services chargés de la faune, ainsi que la communication et la sensibilisation du public;
- c) engager des fonds émanant de sources nationales et locales pour appuyer les actions prioritaires, et mobiliser des ressources additionnelles;
- d) renforcer les capacités des laboratoires vétérinaires et médicaux nationaux, afin d'assurer la confirmation et la notification rapides de la présence de virus grippaux;
- e) mettre en place des systèmes efficaces d'alerte précoce et former le personnel clé à la détection rapide des cas individuels de grippe pandémique, dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte;
- f) notifier les infections humaines suspectées, y compris l'investigation des rumeurs, conformément au Règlement sanitaire international (2005) et au Code sanitaire de l'Organisation mondiale de la Santé animale;

5. PRIE le Directeur régional :

- a) de renforcer les capacités du Bureau régional en vue d'apporter effectivement et à temps aux États Membres, l'appui technique nécessaire dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des efforts nationaux de préparation et de riposte;
- b) de renforcer les partenariats pour fournir aux pays l'appui technique et financier requis;
- c) d'appuyer le renforcement des capacités des laboratoires de référence sous-régionaux et régionaux, et permettre ainsi de confirmer à temps la

grippe aviaire pandémique à H5N1, ainsi que tout virus hautement pathogène et tout nouveau virus grippal humain.

- d) de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

*Septième séance, 30 août 2006*

**AFR/RC56/R8 : Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS :  
Orientations stratégiques**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA58.28 sur la cybersanté ;

Conscient de l'importance de la gestion des connaissances pour l'amélioration des performances des systèmes nationaux de santé;

Rappelant le *Onzième Programme général de Travail de l'OMS et les Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009*;

Considérant le Plan d'Action et la Déclaration du Sommet mondial sur la Société de l'Information, ainsi que les orientations de l'Union africaine et du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) en matière de développement des technologies de l'information et de la communication;

Conscient des possibilités liées à l'utilisation efficiente des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans tous les domaines du développement sanitaire;

Notant les nombreuses initiatives nationales ou régionales dans les domaines de la gestion des connaissances en santé et de la cybersanté;

Ayant examiné le document présenté par le Directeur régional sur la gestion des connaissances;

1. APPROUVE les orientations stratégiques proposées par le Directeur régional pour la gestion des connaissances en santé;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :

- a) élaborer des orientations stratégiques nationales pour la gestion des connaissances, y compris la cybersanté, en faisant en sorte qu'elles soient intégrées en tant que priorité dans leurs politiques et plans nationaux de santé;
- b) établir des normes et standards, y compris sur le plan éthique, en tenant compte des progrès technologiques et des nouvelles approches en matière de gestion des connaissances;
- c) renforcer les capacités nationales dans le domaine de la gestion des connaissances;
- d) prendre en compte le secteur de la santé dans leurs plans nationaux de développement des technologies de l'information et de la communication ;
- e) mettre en place des partenariats durables, allouer et mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer la gestion des connaissances à tous les niveaux du secteur de la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer pour la prise en compte de la gestion des connaissances en tant qu'approche clé pour le renforcement des systèmes de santé;
- b) de fournir des lignes directrices, normes et standards génériques pour la gestion des connaissances;
- c) d'apporter un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et plans nationaux;
- d) de renforcer les partenariats au niveau régional, en particulier avec l'Union africaine, le NEPAD et les Communautés économiques régionales ;

- e) de faire rapport tous les deux ans au Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

*Septième séance, 30 août 2006*

#### **AFR/RC56/R9 : Motion de remerciements**

Le Comité régional,

Considérant les efforts immenses consentis par le Chef de l'État, le Gouvernement et le peuple de la République fédérale démocratique d'Éthiopie, pour assurer le succès de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Addis-Abéba, du 28 août au 1<sup>er</sup> septembre 2006;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple de la République fédérale démocratique d'Éthiopie ont réservé aux délégués,

1. REMERCIE son Excellence M. Meles Zenawi, Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués ainsi que pour l'allocution stimulante et pleine d'encouragement qu'il a prononcée à la cérémonie d'ouverture officielle.
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au peuple de la République fédérale démocratique d'Éthiopie pour leur remarquable hospitalité.
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence M. Meles Zenawi, Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie.

*Neuvième séance, 1<sup>er</sup> septembre 2006*

## **PARTIE II**

### **RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL**

## OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. La cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte au Centre des Conférences des Nations Unies à Addis-Abeba (Éthiopie), le lundi 28 août 2006, par Son Excellence le Premier Ministre de l'Éthiopie, M. Meles Zenawi. Étaient présents à la cérémonie d'ouverture Son Excellence le Président Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine (UA); des Membres du Gouvernement éthiopien, les Ministres de la Santé et les Chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS; le Dr Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim; le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique; Son Excellence le Président Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour l'Initiative "Halte à la Tuberculose"; des membres du corps diplomatique et des représentants des agences des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (*la liste des participants figure à l'Annexe 1*).

2. Le Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Ministre de la Santé de l'Éthiopie, a souhaité la bienvenue à Addis Abéba aux Ministres de la Santé et aux Délégués. Il s'est félicité de l'honneur fait à l'Éthiopie d'accueillir la cinquante-sixième session du Comité régional. Il a salué tout particulièrement la présence du Premier Ministre de l'Éthiopie et son attachement constant à la cause du développement de l'Afrique, mettant la santé des populations au centre du processus du développement. Il a chaleureusement souhaité la bienvenue au Dr Anders Nordström en sa qualité de Directeur général par intérim de l'OMS. Il a remercié le Président de la cinquante-cinquième session du Comité régional pour le rôle moteur qu'il a joué durant son mandat, ainsi que les partenaires pour leur appui continu au renforcement des systèmes de santé. Il a également exprimé sa reconnaissance au Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour sa contribution à l'organisation de la cinquante-sixième session du Comité à Addis Abéba. Il a présenté les orientations de la politique sanitaire de l'Éthiopie qui est conforme au plan de développement national, aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et aux autres initiatives régionales pertinentes. Il a mentionné les principaux défis auxquels est confronté le secteur de la santé en Éthiopie, et les principales stratégies à mettre en œuvre pour relever ces défis (*le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 8*).

3. Son Excellence le Premier Ministre de l'Éthiopie, M. Meles Zenawi, a souhaité la bienvenue à Addis Abéba aux Ministres de la Santé et aux Délégués, et leur a

souhaité un agréable séjour en Éthiopie. Il a déclaré que son pays était très honoré d'accueillir pour la première fois le Comité régional qui aura à examiner diverses questions liées à la lutte contre la maladie et à l'amélioration de la santé des populations de la Région africaine. Soulignant les liens existants entre l'état de santé des populations et l'environnement socio-économique, il a insisté sur la nécessité d'instaurer de solides partenariats et d'utiliser les initiatives existantes (par exemple l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) pour élargir la couverture par les services de santé. Il a insisté sur le fait que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, ainsi que les problèmes de santé maternelle et infantile restent les principaux défis sur le plan de la santé dans la Région. L'Éthiopie utilise l'approche des Soins de Santé primaires pour privilégier le transfert des responsabilités en matière de développement sanitaire aux familles et aux communautés. M. Meles Zenawi a souligné qu'il était important d'accélérer les programmes sanitaires, de renforcer les systèmes de santé, d'améliorer la logistique et les infrastructures et, enfin, de développer les ressources humaines pour la santé, notamment en ce qui concerne les niveaux intermédiaire et inférieur, pour faire face aux grandes priorités au niveau local. Il a aussi insisté sur la nécessité de mettre l'accent sur la prévention de la maladie (*le texte intégrale de l'allocution figure à l'Annexe 9*).

4. Madame Liya Kebede, Ambassadeur de bonne volonté de l'OMS pour la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né, a lancé un appel aux Ministres de la Santé pour qu'ils continuent à déployer des efforts en vue d'atteindre les OMD, en mettant en œuvre des programmes relatifs à la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né. Elle a rappelé les causes de la mortalité maternelle et infantile, en faisant observer qu'elles pouvaient toutes être évitées. Après avoir souligné l'importance de l'accès à des services de santé maternelle et infantile de qualité, Madame Kebede s'est félicitée de la qualité de la collaboration entre l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires du développement sanitaire. L'Ambassadeur a invité les États Membres à continuer de mettre en œuvre la Stratégie de survie de l'enfant et la Feuille de route de l'Union africaine pour la santé de la mère et du nouveau-né. Elle a mis en relief certains déterminants de la santé, tel que la nutrition, l'assainissement, l'éducation des femmes et la responsabilisation des communautés.

5. Le Professeur Paulo Ivo Garrido, Président de la cinquante-cinquième session, a informé les délégués que, conformément au Règlement intérieur, il présiderait la séance d'ouverture jusqu'à l'élection du nouveau président. Il a remercié les États

Membres de l'honneur qui lui avait été fait ainsi qu'à son pays, le Mozambique, de présider la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a remercié le Gouvernement et le peuple éthiopiens d'avoir bien voulu accueillir la cinquante-sixième session du Comité régional. Il a rappelé que l'année 2006 était tristement marquée par la disparition du D<sup>r</sup> Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS. Il a aussi adressé ses condoléances au Gouvernement éthiopien et aux familles endeuillées à la suite des inondations survenues récemment dans le pays.

6. Le Professeur Garrido a indiqué que la pauvreté absolue avait des effets négatifs sur la santé parce qu'elle se caractérisait par l'absence de sécurité alimentaire et de salubrité des aliments; le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement; la précarité des conditions de logement; le manque d'instruction, notamment parmi les femmes; et la discrimination sociale et économique à l'égard des femmes. Il a fait observer que les politiques sanitaires nationales devraient tenir compte du contexte socio-économique de chaque pays.

7. S'agissant de la lutte contre les maladies transmissibles, il a recommandé que les pays tirent pleinement parti des initiatives mondiales existantes pour lutter contre le VIH/SISA, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies. Dans ce contexte, il a évoqué la résolution AFR/RC55/R5 adoptée par le Comité régional, à sa cinquante-cinquième session, qui déclare la tuberculose comme une urgence dans la Région africaine, et rappelé que 2006 avait été déclarée Année de l'Accélération de la Prévention du VIH dans la Région africaine (résolution AFR/RC55/R6).

8. Le Professeur Garrido a mis en exergue l'importance des ressources humaines pour la santé pour assurer des soins de santé de qualité, particulièrement au niveau des soins de santé primaires. Il a reconnu l'importance d'avoir déclaré 2006 comme l'année des ressources humaines pour la santé. Il a affirmé que, pour assurer la promotion, la prévention, le traitement, les soins et la réadaptation, il fallait des personnels motivés qui soient disponibles là où leurs services sont nécessaires. Il a évoqué la réunion des Ministres de la Santé sur la santé sexuelle et de la reproduction qui aura lieu à Maputo en septembre 2006. Il a exprimé sa reconnaissance pour l'appui fourni par le personnel de l'OMS, en particulier le Directeur régional, durant son mandat de Président. Il a en outre remercié les Ministres de la Santé de la collaboration active qu'ils lui avaient alors apportée. Il a félicité le nouveau Président pour son élection et lui a adressé ses vœux de succès dans l'accomplissement de sa mission (*le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 10*).

9. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a remercié Son Excellence M. Meles Zenawi, Premier Ministre de l'Éthiopie, pour son attachement personnel à la cause du développement humain et économique de l'Afrique. Il a en outre exprimé sa gratitude au Gouvernement et au peuple éthiopiens pour l'accueil de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a remercié de leur présence Son Excellence Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine (UA), et Son Excellence le Président Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative Halte à la Tuberculose. Il a rappelé le rôle joué par feu le D<sup>r</sup> Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS, dans le développement sanitaire de l'Afrique, et a invité les participants à marquer une minute de silence à sa mémoire. Il a remercié le Directeur général par intérim de poursuivre l'action entreprise par le D<sup>r</sup> Lee et d'appuyer sans réserve les réformes en cours dans la Région.

10. Il a informé les délégués que le processus d'élection du nouveau Directeur général était en cours. Il a déclaré que l'environnement socio-économique et politique dans la Région africaine avait facilité l'amélioration de la situation sanitaire. Il a reconnu le rôle joué par le Président Olusegun Obasanjo du Nigéria et le Président Denis Sassou Nguesso de la République du Congo, grâce à leur plaidoyer de haut niveau en faveur de l'application du programme d'action sanitaire dans la Région. Il a rappelé l'engagement pris par les Chefs d'Etat d'allouer au moins 15% de leur budget national à la santé. Il a souligné l'importance de l'engagement des pays du G-8 en faveur de la santé, ainsi que celle des partenariats avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales, et de la coopération bilatérale et multilatérale, qui constituent autant de facteurs positifs cruciaux dans la réalisation des OMD. Il a rappelé la nécessité d'approfondir le dialogue sur l'élaboration de politiques et plans nationaux de santé soutenus par un financement durable.

11. Le Directeur régional a informé le Comité régional des réformes en cours au Bureau régional. Il a indiqué que des équipes interpays avaient été constituées à Harare, Libreville et Ouagadougou pour renforcer l'appui fourni par l'OMS aux pays. Il a expliqué que ces équipes devraient rapprocher l'appui technique de l'OMS des pays, avec un accent particulier sur les programmes relatifs aux OMD. Il a remercié le Directeur général par intérim de son appui aux réformes et a exprimé sa reconnaissance pour l'aide précieuse apportée par des partenaires, des États Membres et particulièrement les pays d'accueil qui ont fourni les ressources nécessaires, notamment les lieux d'implantation des équipes.

12. Il a évoqué les progrès accomplis en ce qui concerne la lutte contre la grippe aviaire, le choléra, la fièvre hémorragique à virus Ébola, le paludisme, la poliomyélite, la maladie du ver de Guinée, la lèpre et l'onchocercose, ainsi que la mise en œuvre des interventions prioritaires pour la réalisation des OMD. Il a fait mention de l'amélioration de la collaboration instaurée entre l'OMS, l'Union africaine et les Communautés économiques régionales, et rappelé les principales réunions organisées conjointement dans le domaine de la préparation et de la riposte à la grippe aviaire, au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Il a par ailleurs évoqué l'élaboration conjointe par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le FNUAP, l'Union africaine et d'autres partenaires de la Stratégie de survie de l'enfant, et la Feuille de route pour la santé de la mère et du nouveau-né.

13. Le Directeur régional a souligné la nécessité d'améliorer la gestion des services de santé, avec un accent particulier sur la revitalisation des soins de santé primaires et la participation des communautés. Il a également rappelé que l'année 2006 était consacrée aux ressources humaines pour la santé. Il a indiqué que la stratégie de financement de la santé dans la Région africaine avait été élaborée par l'OMS, en collaboration avec la Banque mondiale, et qu'elle donnait des orientations pour la mise en place d'un financement durable. Il a informé le Comité que des discussions étaient en cours dans la perspective de la création d'un mécanisme de financement destiné à mobiliser les fonds nécessaires à l'atteinte des OMD (*le texte intégral de l'allocation figure à l'Annexe 11*).

14. Son Excellence le Président Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose», a déclaré qu'il appréciait l'honneur qui lui était fait de participer à la réunion. Il a indiqué que sa présence était le signe d'un engagement personnel en faveur du développement sanitaire en Afrique. Il a rendu hommage à l'OMS pour l'appui qu'elle lui a prêté depuis sa nomination en tant que premier Envoyé spécial pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose». Il a esquissé une brève analyse de la situation concernant la tuberculose, particulièrement en Afrique. Il a souligné qu'il fallait impérativement s'attaquer à la tuberculose pour atteindre les OMD. Dans le combat contre la tuberculose, la victoire ne pouvait être remportée sans que s'instaurent des partenariats pour l'amélioration de la mobilisation de fonds et sans que soient honorés les engagements pris aux niveaux national et international.

15. Afin de mobiliser l'opinion publique et les fonds pour financer la prévention et le traitement de la tuberculose, il est nécessaire d'examiner les principaux obstacles, réalisations et cibles. Le Président Sampaio a rappelé l'engagement pris par la Banque mondiale, le G-8 et toutes les nouvelles initiatives internationales de financer l'Initiative «Halte à la Tuberculose». Pour garantir l'efficacité de ces initiatives, il est nécessaire de travailler davantage, mieux et plus vite.

16. Le Président Sampaio a évoqué l'élimination d'un certain nombre d'obstacles, notamment: la pauvreté qui est étroitement liée à la tuberculose; la co-infection VIH-tuberculose; et l'insuffisance d'infrastructures, de matériels, de fonds et de capacités gestionnaires. Il a insisté sur le fardeau économique (coût direct et indirect) dû à la morbidité et à la mortalité tuberculeuses.

17. Il a déclaré que des mesures s'imposaient pour atteindre les OMD, notamment les mesures suivantes :

- a) Veiller à mener une action collective bien coordonnée aux niveaux national et international.
- b) Mener une action efficace au niveau national, en particulier pour une prise en main et une appropriation durables par les pays (un plan, un budget et un cadre de suivi et d'évaluation), la poursuite de l'application de la stratégie OMS de lutte contre la tuberculose (notamment l'expansion et le renforcement de la stratégie DOTS et la surveillance de la pharmacorésistance), en s'attaquant simultanément à la tuberculose et au VIH/SIDA.
- c) Renforcer les systèmes de santé, en particulier les ressources humaines pour la santé, les services de laboratoire et la surveillance.
- d) Engager tous les dispensateurs des soins.
- e) Responsabiliser les personnes vivant avec la tuberculose; et
- f) Faciliter et promouvoir la recherche.

18. Le Président Sampaio a souligné que la bonne gouvernance était un préalable indispensable à la réalisation des OMD et qu'il fallait encourager les efforts

permanents de lutte contre la corruption, en plus de collaborer sans relâche avec les ONG, la société civile, le secteur privé, les instituts de recherche et les individus. Le Président Sampaio a insisté sur la nécessité de mettre en place des institutions solides, tout en éliminant les obstacles bureaucratiques. Il a également invoqué la nécessité d'affirmer le leadership politique pour garantir l'allocation de ressources suffisantes à la lutte contre la tuberculose. Pour conclure, il a lancé un appel aux pays du G-8 et aux Chefs d'Etat africains pour qu'ils honorent leurs engagements concernant le financement de la lutte antituberculeuse (*le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 12*).

19. Le Dr Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim, a remercié le Gouvernement éthiopien d'avoir bien voulu accueillir la cinquante-sixième session du Comité régional. Il a rappelé le rôle important joué par le D<sup>r</sup> Lee durant son bref mandat et sa politique de concentrer les ressources et les efforts de l'OMS sur les pays. Il a fait part au Gouvernement éthiopien de sa profonde tristesse et de sa solidarité, et a adressé ses condoléances aux familles endeuillées par les récentes inondations. Il a dit avoir apprécié le fait que la plupart des intervenants à la séance d'ouverture, et en particulier le Premier Ministre de l'Ethiopie, avaient mis en exergue la nécessité d'investir davantage dans les ressources humaines pour la santé et de trouver des moyens de les fidéliser (*le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 13*).

20. Son Excellence Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine (UA), a remercié le Gouvernement et le peuple éthiopiens d'accueillir la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a remercié également de leur invitation le D<sup>r</sup> Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim, et le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a rendu hommage au Président de la cinquante-cinquième session du Comité pour le travail accompli et a également remercié Son Excellence le Président Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose», qu'il a qualifié d'ami de l'Afrique. Il a rendu hommage à l'Éthiopie et à son Premier Ministre pour leur action de leadership visant à faire d'Addis Abéba la capitale politique de l'Afrique.

21. Il a mentionné les nombreuses réunions sur la santé organisées conjointement en divers endroits du continent. Il a exprimé son souhait de voir tous les pays africains faire partie de la Région africaine de l'OMS.

22. Selon le Président Konaré, la situation sanitaire en Afrique est influencée par la pauvreté, le manque de ressources, la mauvaise gouvernance, l'insuffisance des infrastructures de base, le coût élevé des conflits et des catastrophes naturelles. Il a souligné que la promotion de la bonne gouvernance était la responsabilité première des dirigeants africains. Le Président Konaré a exprimé sa solidarité avec le peuple et le Gouvernement éthiopiens pour les pertes humaines subies suite aux récentes inondations. S'agissant de l'éradication de la poliomyélite, il a souligné la nécessité de poursuivre les investissements pour préserver les acquis et éviter la réapparition de cette maladie.

23. Il a loué la qualité de la collaboration entre l'OMS et l'UA, en particulier, depuis l'entrée en fonctions du D<sup>r</sup> Luis Gomes Sambo en tant que Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a souligné la nécessité d'élaborer un plan d'action continental fondé sur des plans nationaux et d'établir une carte sanitaire continentale. Il a rappelé que l'Afrique se trouvait encore dans la décennie de la médecine traditionnelle. Il a indiqué qu'il était nécessaire d'assurer la formation, d'organiser des réseaux de services hospitaliers et de désigner de centres de recherche d'excellence. Concernant la formation, il a insisté sur la nécessité d'adopter une politique commune pour lutter contre l'émigration choisie et injuste des ressources humaines pour la santé. Il a insisté sur la nécessité de promouvoir le développement et l'accès aux nouvelles technologies de l'information pour le traitement et la recherche. Il a exprimé le souhait qu'un plan d'action soit élaboré pour la prochaine réunion de Maputo (septembre 2006), plan qui prendrait en compte l'essentiel de ses préoccupations (*le texte intégral de l'allocation figure à l'Annexe 14*).

24. M. Per Engebak, Directeur régional de l'UNICEF/ESARO, a été présenté par le Directeur régional qui a rappelé les postes qu'il avait précédemment occupés, ainsi que la contribution qu'il avait apportée à la santé de l'enfant en Afrique. Le Dr Sambo a informé le Comité régional qu'un accord avait été signé entre l'OMS et l'UNICEF en vue de resserrer la collaboration aux niveaux régional et national, afin d'améliorer l'appui aux États Membres.

25. M. Engebak a félicité le Ministre de la Santé de l'Éthiopie de son élection à la présidence de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a déclaré qu'il ne faisait aucun doute que, grâce à son autorité, les travaux du Comité seraient couronnés de succès. Il a rendu hommage au Directeur régional de l'OMS pour l'excellente qualité de son rapport biennal et a pris note des progrès

significatifs réalisés dans certains domaines, sous sa direction. Il a rappelé la longue et exceptionnelle tradition de coopération très étroite entre les deux institutions sur de nombreux problèmes de santé publique. Les Directeurs régionaux de l'UNICEF et de l'OMS ont établi des partenariats dans le cadre de diverses initiatives conjointes destinées à faire avancer les politiques et plans en faveur de la santé, en particulier la santé des femmes et des enfants. Il a évoqué en particulier le VIH/SIDA et le paludisme, qui affectent la survie et le développement de tant d'enfants africains.

26. Il a noté que des progrès significatifs avaient été accomplis sur le plan de la réduction de la mortalité infantile grâce à un accroissement de la couverture vaccinale dans tous les pays, à la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque district, et au partenariat international pour la lutte contre le paludisme en Afrique. Il s'est plaint de la pharmacorésistance croissante et variable des parasites du paludisme sur le continent. Il a pris acte de la collaboration internationale innovante et sans précédent en ce qui concerne la recherche, la mise au point de nouveaux médicaments antipaludéens et leur accessibilité. Il a indiqué que des interventions présentant un rapport coût-efficacité avantageux pourraient réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, si elles étaient accessibles et convenablement mises en œuvre. Il a souligné l'importance de la mise en œuvre complète de la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) qui pourrait contribuer à la réalisation de l'ODM N° 4.

27. Le Directeur régional de l'UNICEF/ESARO a identifié certains défis: il y a deux décennies, les progrès réalisés sur le plan de la réduction de la mortalité infantile ont commencé à être remis en cause par l'émergence de l'épidémie de SIDA. La tendance à la lenteur des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la PCIME dans la Région pouvait être inversée en se conformant aux orientations stratégiques du cadre pour la survie de l'enfant. Enfin, il a appelé les pays à mettre en œuvre la stratégie de survie de l'enfant et celle du financement de la santé, et à revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires (*le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 15*).

## ORGANISATION DES TRAVAUX

### Constitution du Sous-Comité des Désignations

28. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des États Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Comores, République du Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Lesotho, Maurice, Sénégal, Seychelles et Togo. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 28 août 2006 et a élu Président Madame Paulette Missambo, Ministre d'Etat et Ministre de la Santé publique du Gabon. Le Ghana n'a pu prendre part à la réunion.

29. Le Sous-Comité des Désignations a demandé que soit pris en compte l'appel lancé par le Président de la Commission de l'Union africaine concernant l'intégration des 53 pays du continent africain dans la Région africaine de l'OMS. Le Sous-Comité a également demandé au Secrétariat de rendre disponible une liste des pays ayant occupé différents postes dans le passé, ainsi qu'une note explicative sur les règles régissant les travaux du Sous-Comité, lors des sessions ultérieures du Comité régional.

### Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

30. Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité, le bureau comme suit :

*Président :* D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebre Yesus  
Ministre de la Santé, Éthiopie

*1<sup>er</sup> Vice-Président :* D<sup>r</sup> Motloheloa Phooko  
Ministre de la Santé, Lesotho

*2<sup>ème</sup> Vice-Président :* D<sup>r</sup> Momo Camara  
Secrétaire général, Ministère de la Santé publique, Guinée

*Rapporteurs :* D<sup>r</sup> Tamsir Mbowe  
Secrétaire d'État, Gambie (pour l'anglais)

D<sup>r</sup> Maiga Zeinab Mint Youba  
Ministre de la Santé, Mali (pour le français)

D<sup>r</sup> Julio César Sá Noguera  
Conseiller au Ministère des Affaires institutionnelles  
et des Politiques de Santé, Guinée-Bissau (pour le portugais)

### **Adoption de l'ordre du jour**

31. Le Président de la cinquante-sixième session du Comité régional, le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom, Ministre de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC/1) et le projet de programme de travail ( voir Annexes 2 et 3 ) qui ont été adoptés sans amendement.

### **Adoption de l'horaire de travail**

32. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant: 9h00 - 12h 30 et 14 h00 - 17 h00, pauses-café/fruits comprises. Il a également été décidé que la séance de soirée prévue le mercredi 30 août débiterait à 18h30.

### **Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs**

33. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 États Membres suivants: Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Swaziland.

34. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 28 août 2006 et a élu Président le Dr Jean Chrysostome Gody, Directeur de la Santé publique et de la Population, République centrafricaine.

35. Le Sous- Comité et le Président du Comité régional ont examiné les pouvoirs présentés par les représentants des États Membres suivants: Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo (République du), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda,

République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ces pouvoirs ont été trouvés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La République d'Érythrée et la République du Rwanda n'ont pu assister à la session.

#### **ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2004–2005 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC56/2)**

36. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a présenté le rapport biennal 2004-2005 sur les activités de l'OMS dans la Région africaine. Le document comprenait deux parties. La première partie, intitulée «Mise en œuvre du Budget Programme 2004-2005», présentait les réalisations notables, les facteurs influant sur la mise en œuvre et les perspectives, tandis que la deuxième constituait un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional.

37. Il a indiqué qu'au cours de la période biennale 2004-2005, la Région avait enregistré des progrès dans la mise en œuvre des interventions sanitaires essentielles pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il a ajouté que cette période biennale avait été marquée par des défis liés à la performance des systèmes de santé, aux déterminants sociaux de la santé et aux partenariats. Il s'est félicité de l'engagement des États Membres, des partenaires et des organisations de la société civile dans la facilitation de la mise en œuvre des programmes de santé à travers la Région. Il a salué l'engagement accru des Chefs d'Etat à s'attaquer aux problèmes de santé publique, de même que l'action de l'Union africaine qui joue un rôle significatif en veillant à l'intégration de la santé dans les plans et programmes de développement de ses pays membres.

38. Il a également informé le Comité que le Bureau régional avait renforcé sa collaboration avec l'Union africaine et les diverses Communautés économiques régionales. En outre, la collaboration entre l'OMS et les autres organisations du système des Nations Unies s'était améliorée, en particulier dans les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA, de la santé de l'enfant, de la préparation et de la riposte contre la grippe aviaire, et du financement de la santé. Il a informé le Comité que de nouveaux mécanismes de collaboration et de coordination au niveau régional comme au niveau des pays avaient été établis avec la Banque mondiale, l'UNICEF et

l'ONUSIDA. En outre, la coopération avec les agences bilatérales et un certain nombre de pays donateurs s'était renforcée.

39. Il a déclaré que l'année 2005 avait été marquée par la cristallisation de tous les efforts antérieurs en un programme unique et complet de réforme présenté dans le document intitulé *Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine, 2005–2009*. La restructuration du Bureau régional était déjà engagée et sa gestion avait aussi été renforcée. Les Stratégies de coopération avec les pays, qui servaient de cadres pour l'harmonisation de l'action au niveau des pays, constituaient un succès, compte tenu de leur adoption par 45 des 46 pays de la Région.

40. S'agissant des finances, il a informé les délégués que la Région avait reçu US \$886,9 millions, soit une augmentation de 19 % par rapport au budget d'un montant approuvé de US \$744,7 du budget programme 2004–2005. Le taux d'exécution global du budget était de 102 %. Toutefois, une proportion de 80 % des fonds d'autres sources (70% du financement global) était consacrée à quatre domaines d'activités (Vaccination et mise au point des vaccins, Virus d'immunodéficience humaine et Syndrome d'immunodéficience acquise, Paludisme, Préparation aux situations d'urgences et organisation des secours), ce qui entraînait des difficultés pour intervenir dans les autres domaines prioritaires clés qui étaient sous-financés.

41. Le Directeur régional a déclaré en conclusion que l'OMS, de concert avec les États Membres, avait enregistré des résultats positifs. Il a lancé un appel à tous les partenaires au développement pour qu'ils placent la santé au centre de tous les processus et cadres de promotion du développement, et pour qu'ils allouent des ressources suffisantes à la santé.

42. Le D<sup>r</sup> Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim, a félicité le Directeur régional pour la présentation du rapport dont il a salué la haute qualité et le très grand degré de complétude. Il a également exprimé sa satisfaction pour le contenu de l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional qui prévoyait notamment l'examen des défis sanitaires prioritaires.

43. Il a informé les délégués que le programme d'action sanitaire mondial était présenté dans le Onzième Programme général de Travail (2006–2015) et le Plan stratégique à moyen terme (2008–2013). Pour la mise en œuvre ce programme, l'OMS

allouera un budget de plus de US \$ 4 milliards, soit une augmentation de plus de 25 % par rapport au montant alloué au titre du programme général de travail précédent.

44. Les membres du Comité régional ont remercié et félicité le Directeur régional pour la clarté et l'exhaustivité du rapport, ainsi que pour l'appui fourni par l'OMS à leurs pays respectifs.

45. Au cours des discussions, ils ont proposé qu'à l'avenir, le rapport indique, pour chaque domaine d'activité, le nombre de demandes d'assistance technique reçues des pays par l'OMS et le pourcentage des demandes satisfaites, de même que les difficultés rencontrées, le cas échéant.

46. Les participants ont souligné l'importance du renforcement des systèmes de santé pour l'atteinte des OMD relatifs à la santé, tout comme celle des évaluations entreprises au niveau des pays, de la collecte de données sur les maladies non transmissibles, de la formulation de politiques fondées sur des bases factuelles, et de la concentration des efforts sur les systèmes de santé de district.

47. Des clarifications ont été sollicitées sur l'implantation géographique et la composition des équipes interpays; la situation de la base de données sur la recherche en santé; et le pourcentage d'économistes de la santé formés dans les centres d'excellence grâce à l'appui de l'OMS et rentrés pour travailler dans les ministères de la santé de leurs pays respectifs. Il a été proposé que des efforts plus soutenus soient déployés par l'OMS dans les domaines du renforcement des capacités et de la promotion de la culture d'évaluation des programmes et des actions au niveau des pays. Certains pays membres ont estimé qu'il était nécessaire de renforcer les capacités des bureaux de pays de l'OMS en dotant ceux-ci de compétences appropriées en santé maternelle et infantile, en épidémiologie et en économie de la santé.

48. Des questions ont été posées sur le taux d'exécution des rubriques budgétaires par rapport aux crédits ouverts au titre du Budget Programme, en particulier la concentration de la plupart des fonds dans quelques domaines d'activités. Il a été proposé que le Comité régional recommande l'utilisation du fonds immobilier pour entreprendre l'extension des bureaux et des résidences en vue de la relocalisation du personnel du Bureau régional à Brazzaville.

49. Certains délégués ont estimé qu'il était nécessaire d'établir un rapport de format ordinaire, qui présente un tableau complet de la situation de la santé dans la Région africaine. Les orientations de l'OMS sur l'utilisation du DDT pour les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent et des associations thérapeutiques à base d'artémisinine pour la lutte antipaludique ont été hautement appréciées. Les délégués ont invité instamment le Secrétariat à diffuser les lignes directrices auprès des États Membres et à promouvoir les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent en utilisant le DDT. En outre, l'importance du partage de connaissances et d'expériences, y compris de bonnes pratiques, entre les États Membres a été soulignée, en particulier par le biais de la création de réseaux de centres d'excellence.

50. Plusieurs participants ont évoqué la crise actuelle des ressources humaines pour la santé pour souligner la nécessité de prendre d'urgence des mesures, notamment en mettant en place des mécanismes permettant d'augmenter le nombre d'agents de santé formés et de les fidéliser, et en explorant la possibilité de faire appel aux agents de santé des niveaux inférieur et intermédiaire pour la prestation des services de santé essentiels. Des préoccupations ont également été exprimées au sujet du déséquilibre dans la représentation des hommes et des femmes au sein des diverses instances du Comité régional.

51. Le Directeur régional a remercié les délégués pour leurs propositions et commentaires positifs et constructifs, et a répondu aux questions spécifiques posées. Il a indiqué qu'à l'avenir, le format et le contenu du rapport du Directeur régional allaient changer, conformément au nouveau cadre de gestion de l'OMS qui est axé sur les orientations stratégiques, et non plus sur les domaines d'activités.

52. Il a annoncé que le premier *Rapport sur la santé en Afrique*, présentant une évaluation complète de la situation sanitaire dans la Région africaine, serait lancé très prochainement et que par la suite, ce rapport serait publié tous les quatre ans.

53. Le renforcement des systèmes de santé constituait une préoccupation majeure de l'OMS et couvrait également la question des ressources humaines pour la santé. Des efforts étaient déployés, en collaboration avec les partenaires, pour mobiliser des ressources additionnelles en vue d'intensifier les actions entreprises dans ce domaine, y compris la mise en place de mécanismes pour promouvoir la coopération inter pays. Un observatoire des ressources humaines pour la santé était en outre également en cours de création dans la Région. Le Directeur régional a reconnu la pertinence des

vues des délégués concernant l'importance du renforcement des systèmes de santé de district et des systèmes nationaux d'information sanitaire.

54. L'infrastructure nécessaire pour mettre en place une base de données complète pour les systèmes d'information sanitaire, de recherche et de connaissances a été installée au Bureau régional où sont reçues les données émanant des États Membres. Il est prévu d'entreprendre une étude à l'échelle régionale sur les systèmes de recherche et de connaissances, afin de recueillir les informations utiles pour actualiser la base de données et éclairer les discussions, dans la perspective de la conférence mondiale de 2008 sur la recherche au service de la santé.

55. Le Directeur régional a précisé que les équipes interpays seraient basées à Harare, Libreville et Ouagadougou, et qu'elles seraient composées de personnels techniques spécialisés dans les domaines prioritaires pour appuyer la mise à échelle des programmes relatifs aux OMD, ainsi que de personnels administratifs et financiers. Les ressources allouées antérieurement pour la construction d'un nouveau centre des conférences de l'OMS à Brazzaville ont été réaffectées à l'extension des bureaux et des résidences.

56. Les États Membres ont été invités instamment à faire un bon usage des laboratoires de contrôle de la qualité existant dans la Région, afin d'assurer la qualité des médicaments. Les documents d'information présentant la politique actuelle de l'OMS sur l'utilisation des insecticides à effet rémanent et des associations thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement du paludisme sont maintenant disponibles.

57. Le Directeur régional a reconnu la nécessité de revoir les critères de rotation pour la désignation des membres des différents sous-comités du Comité régional, afin d'établir une meilleure représentation des femmes.

### **Adoption du rapport biennal**

58. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il est contenu dans le document AFR/RC56/2, en prenant en compte les informations complémentaires et les commentaires soumis par les délégués.

**CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**  
(documents AFR/RC56/4, AFR/RC56/5 et AFR/RC56/6)

59. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté les documents relatifs aux points 7.1, 7.2 et 7.3 de l'ordre du jour. Il a invité le Comité à examiner les documents et à donner des orientations sur :

- a) les stratégies proposées pour la mise en œuvre des diverses résolutions présentant un intérêt pour la Région africaine, qui ont été adoptées par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session;
- b) les incidences régionales des ordres du jour de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional;
- c) la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

**Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif** (document AFR/RC56/4)

60. Le document présentait les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. Ces résolutions sont les suivantes :

- a) Éradication de la poliomyélite (WHA59.1);
- b) Application du Règlement sanitaire international (WHA59.2);
- c) Nutrition et VIH/SIDA (WHA59.11);
- d) Mise en œuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA (WHA59.12);
- e) Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (WHA.19);

- f) Drépanocytose (WHA59.20);
- g) La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant 2006 (WHA59.21);
- h) Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (WHA59.22);
- i) Accélération de la production de personnels de santé (WHA59.23);
- j) Santé publique, innovation, recherche essentielle en santé et droits de propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux (WHA59.24);
- k) Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables (WHA59.25);
- l) Commerce international et santé (WHA59.26);
- m) Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (WHA59.29);
- n) Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (EB118.R2);
- o) Renforcement des systèmes d'information sanitaire (EB118.R4).

61. Le rapport ne reprend que les paragraphes pertinents du dispositif, tels qu'ils figurent dans les résolutions. Chaque résolution est assortie d'un examen des mesures déjà prises ou prévues. Le Comité a été invité à examiner et commenter les stratégies proposées pour la mise en œuvre des résolutions présentant un intérêt pour la Région africaine et à donner des orientations à ce sujet.

62. Les délégués ont remercié le Secrétariat pour la synthèse exhaustive des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et noté l'autorité dont avaient fait preuve les délégations africaines à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, notamment concernant la résolution WHA59.24 relative à la santé publique, à l'innovation, à la recherche essentielle en santé et aux droits de propriété intellectuelle. Compte tenu des négociations rendues difficiles par des intérêts divergents, il a été proposé de désigner certains pays chargés de coordonner la

participation régionale au groupe de travail à composition non limitée, mis sur pied pour élaborer la stratégie et le plan d'action mondiaux. Les autres pays devraient aider les pays désignés afin que les flexibilités prévues dans l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) soient utilisées pour améliorer l'accès aux médicaments et à d'autres produits médicaux.

**Ordres du jour de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional** (document AFR/RC56/5)

63. Le document contenait les ordres du jour provisoires de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, qui aura lieu en janvier 2007, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, prévue du 14 au 23 mai 2007, et de la cinquante-septième session du Comité régional qui se tiendra en août 2007.

64. Le Comité a été invité à prendre note de la corrélation existant entre les travaux du Conseil exécutif, de l'Assemblée de la Santé et du Comité régional.

65. Les points ci-après sont inscrits aux ordres du jour de ces trois organes directeurs de l'OMS :

- a) Poliomyélite: dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication;
- b) Plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009 :
  - Plan stratégique à moyen terme 2008-2013;
  - Budget programme 2008-2009.

66. Le Comité a été invité à prendre connaissance de l'ordre du jour provisoire de sa cinquante-septième session et à décider des questions dont il conviendrait de recommander l'examen à la cent-vingtième session du Conseil exécutif et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

67. Le Comité régional a demandé des précisions concernant le champ d'application de certains des points des ordres du jour et a recommandé d'inscrire la lutte contre la tuberculose et le renforcement des systèmes de santé en tant que points de l'ordre du

jour de la cinquante-septième session, et la lutte contre le cancer en tant que thème de discussion de table ronde au cours de la même session. De plus, des délégués ont proposé que le Comité examine également à la même occasion les quatre points ci-après de l'ordre du jour du Conseil exécutif: 4.3 Infection par le virus Nipah; 4.4 Sexospécificité, femmes et santé; 4.6 Commission des Déterminants sociaux de la Santé; 4.8: Santé bucco-dentaire. Par ailleurs, en ce qui concerne la cent-vingtième session du Conseil exécutif en janvier 2007, les délégués ont recommandé d'inclure un rapport de situation sur l'accès universel au traitement du VIH/SIDA, afin que la question reste au premier rang des préoccupations.

68. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs précieuses contributions et donné les précisions voulues sur les questions soulevées. En ce qui concerne la corrélation la plus étroite possible entre les ordres du jour du Conseil exécutif et du Comité régional, le Directeur régional a évoqué les difficultés dues aux différents calendriers d'adoption des ordres du jour de ces deux organes. Pour répondre au souci des délégués, il a proposé d'envisager d'autres options, par exemple convoquer une réunion consultative, assurer une bonne mise au courant des membres du Conseil exécutif issus de la Région ou encore examiner les questions lors de sessions ultérieures du Comité régional. Les propositions relatives à l'ordre du jour du Conseil exécutif seront transmises au Siège.

### **Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé**

(document AFR/RC56/6)

69. L'objet de ce document était d'informer les États Membres sur la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée, afin de faciliter le travail des délégations des États Membres lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

70. Le Comité régional a examiné le document et donné son avis sur les décisions de procédure proposées. Ses recommandations seront transmises au Directeur général.

71. En raison des contraintes de temps auxquelles se heurtent généralement les États Membres durant l'Assemblée mondiale de la Santé, les délégués ont reconnu qu'il était nécessaire d'utiliser au mieux le temps alloué aux déclarations des

différents pays, des groupes de pays et de la Région selon le sujet et le contexte. Il a été de nouveau souligné qu'il fallait prendre en considération la question de la sexospécificité dans toutes les procédures régionales et mondiales de l'OMS.

#### **RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME** (document AFR/RC56/3)

72. Le Dr Shehu Sule, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Il a indiqué que 12 membres du Sous-Comité, ainsi qu'un membre du Conseil exécutif avaient pris part aux travaux du Sous-Comité qui s'est réuni à Brazzaville du 6 au 9 juin 2006. Il a informé le Comité régional que le Secrétariat avait dûment pris en compte les observations et suggestions spécifiques faites par le Sous-Comité dans la révision des documents qui étaient maintenant présentés au Comité régional, pour approbation. Le Dr Sule a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

#### **Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009** (document AFR/RC56/7)

73. Le Dr Shehu Sule a précisé que les maladies évitables par la vaccination représentaient encore une charge élevée de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles dans la Région africaine. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la stratégie intitulée «La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006–2015 (GIVS)». Le plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009 vise à améliorer la performance des programmes nationaux du PEV, à renforcer les systèmes de santé et à contribuer à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4.

74. Le Comité a été informé que l'objectif du Plan stratégique régional proposé pour le PEV était de prévenir la mortalité, la morbidité et les invalidités dues aux maladies évitables par la vaccination. Les objectifs spécifiques sont les suivants : renforcer les programmes de vaccination centrés sur le district, afin d'améliorer l'accès et le recours aux services de vaccination; accélérer les efforts d'éradication de la poliomyélite, de contrôle de la rougeole, d'élimination du tétanos maternel et néonatal, et de lutte contre la fièvre jaune; promouvoir des innovations, notamment en matière de recherche sur les vaccins et d'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés; améliorer la sécurité des vaccins, de la vaccination et des

injections; systématiser l'accès à des services intégrés, et maximiser les avantages pour les mères et les enfants participant aux séances de vaccination.

75. Il a expliqué que le plan stratégique proposait la mise en œuvre des cinq interventions prioritaires suivantes pour atteindre les cibles susmentionnées et pérenniser les acquis : optimiser l'accès à la vaccination par l'approche «Atteindre chaque district»; renforcer les capacités nécessaires et améliorer la participation communautaire; introduire des activités de vaccination complémentaires; mettre en place des politiques fondées sur des bases factuelles pour guider l'introduction des vaccins dans le cadre du PEV; garantir la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections; intégrer le PEV aux autres interventions en faveur de la survie de l'enfant.

76. Le Dr Shehu Sule a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC56/7 et le projet de résolution y relatif contenu dans le document AFR/RC56/WP/1.

77. Le Comité s'est félicité de la stratégie et de la résolution s'y rapportant. Des membres ont souligné qu'il y avait des rapports entre d'une part santé et éducation, vaccination et survie de l'enfant, et d'autre part qualité des soins de santé primaires. L'OMS devrait continuer à soutenir les efforts collectifs et l'harmonisation des activités transfrontalières de vaccination et du processus de certification au niveau des pays. Il faut un appui financier pour pérenniser les acquis obtenus dans les pays ayant enregistré de bonnes performances. Le Comité a souligné la nécessité de renforcer les partenariats, ce qui requiert la participation de la communauté et l'engagement de la société civile et du secteur privé. La décision d'introduire de nouveaux vaccins revient à chaque pays, compte tenu de son contexte particulier, notamment la faisabilité financière et la viabilité dans le long terme. Le Comité a noté que certaines des cibles étaient très ambitieuses, au regard de la durée du plan. Il a toutefois été reconnu que ces cibles étaient indispensables dans la mesure où les pays aspirent à éradiquer la poliomyélite et à contrôler d'autres maladies évitables par la vaccination. Il faudrait accorder une plus grande attention à la sécurité des injections et à l'innocuité des vaccins. Le Comité a demandé que soient renforcées la solidarité et la collaboration entre pays, et a vivement préconisé l'intégration d'autres interventions pour la survie de l'enfant dans le PEV.

78. Le Comité a formulé les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document relatif à la stratégie et la résolution s'y rapportant :

- a) dans la résolution : i) fusionner le paragraphe 3 du dispositif et le paragraphe 7 du préambule; ii) dans le paragraphe 2, ajouter «de prier les États Membres d'accepter les campagnes de vaccination transfrontières»; iii) dans le paragraphe 2 d), insérer «d'établir des systèmes et des équipes de riposte aux flambées de poliomyélite pour pouvoir réagir à temps en cas de flambée de la maladie»; iv) dans le paragraphe 4 b), insérer «de fournir un appui technique aux États Membres en vue d'établir et de former des équipes de riposte aux flambées de poliomyélite»; v) ajouter un paragraphe sur la qualité et la sécurité des vaccins, y compris la surveillance des réactions post-vaccinales indésirables, et sur la formation du personnel et des agents communautaires; vi) après le paragraphe 2 c), ajouter un nouveau paragraphe 2 d) libellé comme suit : «d'élaborer des plans financièrement viables pour les initiatives de vaccination existantes.»
- b) Sous le paragraphe 10, ajouter «l'absence de recherche sur l'utilisation des services de vaccination»;
- c) Au paragraphe 19, ajouter «de santé» après «districts»;
- d) reformuler le paragraphe 26 a) comme suit : «élaborent et mettent en œuvre des plans pluriannuels de vaccination», et le paragraphe 26 b) comme suit : «instaurer et renforcer la collaboration et les partenariats».

79. Le Secrétariat a remercié le Comité de sa précieuse contribution et a fait savoir que les suggestions formulées seraient prises en compte lors de la révision du document relatif à la stratégie et de la résolution s'y rapportant. Des précisions ont été données sur la possibilité d'atteindre les cibles proposées dans les limites de temps fixées par le plan. Les tendances actuelles de la couverture vaccinale dans la Région africaine sont très encourageantes, et les stratégies, bien connues, sont en cours de mise en œuvre dans la plupart des pays. De plus, ces cibles sont conformes à la vision et à la stratégie mondiale en matière de vaccination qui ont été approuvées par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Le Secrétariat a indiqué que c'était à chaque pays qu'il revenait de décider d'introduire de nouveaux vaccins. Il a par ailleurs été souligné qu'il y avait de nouvelles possibilités de financement (par exemple GAVI, mécanisme international de financement de la vaccination et engagement préalable de marché) dont les pays devraient tirer parti.

80. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/7 et la résolution AFR/RC56/R1 y afférente.

**Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine** (document AFR/RC56/13)

81. Le Dr Shehu Sule a précisé que le document donnait une définition de la survie de l'enfant et un aperçu des questions suivantes : la charge de morbidité et de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans; les traités et convention internationaux sur le droit inhérent à la vie; les Objectifs du Millénaire pour le Développement (en particulier les Objectifs 1, 4 et 5); l'existence d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité; enfin, les chartes, stratégies et déclarations régionales. Le document mentionne par ailleurs que la Région africaine a enregistré un recul de 6 % de la mortalité infantile durant les dix années écoulées entre 1990 et 2000. Les maladies infectieuses sont les principales causes de mortalité. La pauvreté, la précarité socio-économique, les facteurs culturels et la malnutrition sont eux aussi des facteurs importants responsables de la morbidité et de la mortalité des enfants. Il existe des interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour alléger la charge de morbidité; la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est l'une des principales stratégies ayant permis la mise en œuvre de ces interventions, mais elle doit être appliquée dans l'optique d'une approche prenant en compte les étapes successives de la vie.

82. Il a informé le Comité régional que la stratégie avait pour but de réduire la mortalité néonatale et infantile, conformément à l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4, en parvenant à une couverture élevée par un paquet d'interventions efficaces. Le document a proposé un certain nombre d'approches stratégiques : plaidoyer en faveur de l'harmonisation des objectifs et des programmes d'action en faveur de la survie de l'enfant; renforcement des systèmes de santé; responsabilisation des familles et des communautés; mise en place de partenariats opérationnels pour mettre en œuvre des interventions prometteuses, sous la conduite du gouvernement ; enfin, mobilisation des ressources.

83. Le Dr Shehu Sule a expliqué que les interventions prioritaires proposées dans le document AFR/RC56/13 comprenaient : les soins au nouveau-né; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'apport en micronutriments et le déparasitage; la prévention et le traitement précoce du paludisme; la vaccination; la prévention de la transmission mère-enfant du VIH; la prise en charge des maladies

courantes de l'enfant; enfin, les soins aux enfants exposés au VIH ou infectés par le virus. Le document présente également un cadre de mise en œuvre. Pour la mise en œuvre des interventions prioritaires proposées, les pays devront élaborer des stratégies et des politiques, et développer leurs capacités dans ce domaine, y compris la mobilisation sociale. L'OMS et les partenaires devront compléter les efforts des pays par une action de plaidoyer, un appui technique et une bonne coordination.

84. Il a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC56/13 et le projet de résolution contenu dans le document AFR/RC56/WP/5.

85. Les délégués se sont félicités de l'élaboration de la stratégie, qui rend compte de la vision et de la priorité des pays. Ils ont exprimé leur appui à la résolution et loué la qualité du document.

86. Les délégués ont procédé à un échange d'expériences sur la mise en œuvre des programmes de survie de l'enfant dans leurs pays, notamment dans le contexte de la PCIME. Des questions spécifiques relatives à la stratégie ont été soulevées, en particulier:

- a) la nécessité de tenir compte des réformes sanitaires en cours dans les pays, notamment dans le contexte des soins de santé primaires et de la prise en compte des ressources sanitaires des communautés;
- b) l'élargissement des classes d'âge et groupes d'enfants couverts par la stratégie, par exemple les enfants de plus de six ans et les enfants de la rue;
- c) l'importance de reconnaître les rapports entre santé maternelle et santé infantile;
- d) la nécessité de renforcer la réduction de la malnutrition des enfants et d'harmoniser les divers messages et lignes directrices concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment en rapport avec le VIH/SIDA et particulièrement la prévention de la transmission mère-enfant;
- e) la rationalisation et la coordination de l'appui des partenaires aux interventions en faveur de la survie de l'enfant, afin de garantir l'optimisation des ressources;

- f) la nécessité que les États Membres s'approprient la stratégie en vue de sa pérennisation.

87. Afin de faciliter la mise en œuvre efficace de la stratégie de survie de l'enfant au niveau national, les délégués ont spécifiquement demandé, entre autres: l'appui technique dans le domaine de la recherche opérationnelle; le renforcement des capacités institutionnelles au niveau des pays, y compris la mise à disposition d'experts en santé infantile; le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour l'accélération des interventions en faveur de la survie de l'enfant; la documentation et le partage de meilleures pratiques entre pays, y compris la collaboration transfrontalière.

88. Les amendements suivants ont été proposés pour améliorer la qualité du document :

- a) Au paragraphe 10, revoir la version française;
- b) Au paragraphe 2 c) du dispositif: ajouter les soins de santé primaires;
- c) Au paragraphe 3g): ajouter le bout de phrase «À partir de 2008».

89. En réponse à ces commentaires et suggestions, le Secrétariat a remercié les délégués pour leur précieuse contribution, tout en leur donnant l'assurance que celle-ci serait reflétée dans le document. Reconnaisant que l'élaboration de la stratégie intervenait à la suite de la Feuille de route africaine pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Secrétariat a souligné la nécessité de reconnaître l'unité du couple mère-enfant et de promouvoir la continuité des soins en vue de la réalisation des OMD 4 et 5. Rappelant l'existence de lignes directrices pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le Secrétariat a invité instamment les États Membres à suivre les lignes directrices des Nations Unies pour l'utilisation des substituts du lait maternel uniquement lorsque cela est acceptable, faisable, abordable, sûr et durable.

90. Au vu des résultats des recherches récentes et de la disponibilité du Traitement antirétroviral hautement actif, ainsi que de la mise en œuvre des programmes, les délégués ont été informés de la tenue de la prochaine consultation sur le VIH et l'alimentation du nourrisson. En conclusion, la nouvelle façon de travailler entre partenaires, telle qu'elle apparaît à travers l'élaboration de cette stratégie par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, témoigne de l'harmonisation des approches et

processus entre ces organisations, ainsi que de leur engagement commun en faveur du financement.

91. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/13 et la résolution AFR/RC56/R2 y afférente.

**Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération** (document AFR/RC56/8)

92. Le Dr Babacar Dramé, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a rappelé qu'en 1996, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avait adopté une stratégie régionale concernant le VIH, qui réaffirmait le rôle majeur du secteur de la santé dans la prévention du VIH. Malgré les ressources et les efforts investis dans la prévention et le traitement de l'infection à VIH et les soins aux patients, l'incidence du VIH marque une tendance à la hausse, de sorte que l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 6 ne sera probablement pas atteint. La nécessité d'intensifier les mesures propres à endiguer la propagation du VIH a conduit à l'adoption de la résolution AFR/RC55/R6 sur l'accélération des efforts de prévention du VIH. Les initiatives et engagements mondiaux actuels offrent un cadre favorable à l'accélération de ces efforts dans la Région. Le document relatif à la stratégie propose des interventions et mesures essentielles pour accélérer l'action de prévention du VIH.

93. Il a précisé que l'objectif général de la nouvelle stratégie de prévention du VIH était d'accélérer les efforts de prévention et de réduire l'impact du VIH/SIDA dans le contexte de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Les objectifs spécifiques étaient d'améliorer l'accès aux interventions de prévention du VIH, d'améliorer l'accès à des services complets anti-VIH/SIDA, de plaider en faveur d'une augmentation des ressources et d'améliorer les environnements qui favorisent la prévention du VIH. Les efforts pour atteindre ces objectifs devraient se fonder sur les principes suivants: respect des droits de la personne humaine; adaptation des interventions ayant fait leurs preuves; lien entre prévention et traitement; participation communautaire; application du principe des «Trois Uns»; et enfin viabilité et transparence.

94. Le Dr Dramé a précisé que le document proposait un certain nombre d'approches stratégiques, à savoir créer un environnement politique favorable;

étendre et intensifier les interventions efficaces de prévention du VIH; associer la prévention, le traitement, les soins et le soutien pour en faire un paquet de services essentiels; améliorer l'accès par l'intensification, à une plus grande échelle, de la mise en œuvre et adopter une approche simplifiée axée sur la santé publique au niveau national; renforcer les systèmes de santé pour faire face à la demande croissante; enfin, accroître et maintenir durablement les ressources financières.

95. Il a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC56/8 et du projet de résolution AFR/RC56/WP/2 y afférent.

96. Le Comité s'est félicité de l'élaboration de la stratégie et de la résolution s'y rapportant. Diverses observations et suggestions ont été formulées. Il a été noté que les pays à faible prévalence avaient des difficultés à accéder aux fonds mondiaux et à d'autres formes d'appui international à la lutte contre le VIH. Un plaidoyer serait nécessaire pour résoudre ce problème. De plus, il faut mettre davantage l'accent sur la question de la prévention et du traitement du VIH/SIDA pédiatrique.

97. Les délégués ont reconnu que la fragmentation des apports des divers partenaires aux programmes nationaux de prévention entraverait le renforcement des systèmes de santé, notamment la mise en place des infrastructures et ressources humaines pour la santé nécessaires. Ils ont pris note de la nécessité de renforcer les interventions multisectorielles et d'assurer une meilleure coordination entre les différents partenaires.

98. Des délégués ont fait observer qu'il fallait aussi prendre en compte la nutrition, la sécurité alimentaire et d'autres déterminants sociaux. L'évaluation des taux d'utilisation du préservatif et l'évaluation du degré d'atteinte des cibles pourraient être problématiques. Les meilleures pratiques, notamment en ce qui concerne les changements de comportement, devraient être partagées par les différents pays. Le document sur la stratégie devrait par ailleurs mettre en relief l'importance de la protection des droits des femmes et leur autonomisation. La production de matériel de prévention et de traitement dans la Région africaine devait bénéficier de plus d'attention. Il a été suggéré de procéder à une meilleure intégration des programmes VIH et Tuberculose. Plus précisément, des délégués ont demandé que le paragraphe 2b de la résolution soit reformulé de manière à inclure l'extension du plan jusqu'au niveau du district de santé.

99. Le Secrétariat a remercié le Comité régional des efforts déployés depuis l'adoption de la résolution AFR/RC55/R6 et la déclaration faisant de 2006 l'Année de l'accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine. Les observations et suggestions formulées seront prises en compte lors de la révision des documents.

100. Divers éclaircissements ont été donnés :

- a) le principal objectif est de maintenir une faible séroprévalence du VIH dans les pays, en accélérant les activités de prévention, en renforçant la surveillance afin de repérer les canaux essentiels de la transmission du VIH pour privilégier les interventions de prévention dans un paquet complet destiné aux populations vulnérables. Pour y arriver, il faut mobiliser davantage de fonds;
- b) la nécessité d'accélérer les efforts de prévention du VIH/SIDA pédiatrique a été reconnue par l'OMS, et des lignes directrices sur l'utilisation du traitement antirétroviral pédiatrique ont été établies et communiquées aux États Membres;
- c) les études sociales et comportementales se sont révélées utiles pour estimer les taux d'utilisation du préservatif;
- d) il faut assurer une action de conseil et un dépistage dans chaque district, en fonction des cibles proposées dans la stratégie;
- e) l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2005 un plan quinquennal de prévention; cinq grandes orientations stratégiques ont été retenues; ce document sur la stratégie et la résolution sont conformes à l'esprit des documents approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé;
- f) il faut renforcer la collaboration multisectorielle pour garantir l'accélération des efforts de prévention;
- g) le Bureau régional continuera à fournir un appui aux pays pour le suivi et l'évaluation des interventions de prévention du VIH.

101. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/8 et la résolution AFR/RC56/R3 y afférente.

**Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent**  
(document AFR/RC56/9)

102. Le Dr Babacar Dramé a expliqué que le document met en évidence le fait que la santé, le commerce et le développement sont liés entre eux à travers le capital humain et la productivité. Il a déclaré que la libéralisation du commerce était un défi important à relever dans la perspective du développement global et des efforts de réduction de la pauvreté, ainsi que pour les secteurs de la santé dans les pays. L'Accord général sur le Commerce des Services (AGCS) invite les pays membres de l'Organisation mondiale du Commerce à libéraliser progressivement le commerce des services, y compris les services de santé. Il est nécessaire de mieux comprendre les implications d'un commerce plus grand des services de santé, notamment en relation avec les objectifs sociaux et de développement.

103. Il a fait savoir au Comité régional que l'AGCS définit quatre modes de commerce des services de santé: la prestation transfrontalière des services de santé; la consommation des services de santé à l'étranger; l'établissement; et le mouvement des personnels de santé. Trois autres accords commerciaux multilatéraux de l'Organisation mondiale du Commerce ont des implications pour la santé, à savoir l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC), l'Accord sur l'Application des Mesures sanitaires et phytosanitaires (MSPS), et l'Accord sur les Obstacles techniques au Commerce (OTC).

104. Le Dr Dramé a déclaré qu'afin d'atténuer les risques et de tirer profit du commerce accru des services de santé, les pays devaient: créer ou renforcer des mécanismes pour l'harmonisation des questions commerciales; organiser à l'intention des cadres supérieurs et moyens des secteurs de la santé, du commerce et du droit des cours de formation ou d'orientation pertinents; et identifier et promouvoir les travaux des centres régionaux et nationaux d'excellence sur la mondialisation, le commerce et la santé. Le document invite l'OMS et les partenaires concernés à s'assurer que la santé est prise en compte lors de l'élaboration des politiques commerciales internationales; à continuer à fournir aux États Membres des informations et des conseils pertinents sur la santé et le commerce; et à appuyer le renforcement des capacités nationales.

105. Il a recommandé que le document AFR/RC56/9 soit adopté.

106. Les délégués ont accueilli le document avec grande satisfaction. Prenant note des risques ainsi que des opportunités pour la santé liés au commerce, ils ont souligné la relation étroite qui existe entre pauvreté, commerce et santé. Les principaux risques dont ils ont fait état sont la migration des agents de santé qualifiés, la propagation des maladies, la circulation accrue de médicaments de qualité inférieure. Ils sont convenus des avantages suivants: la possibilité de recourir aux services de cybersanté et de télémédecine, et l'accès plus grand à des services de qualité, du fait de la concurrence. Ils ont également souligné la nécessité d'établir une relation de travail solide entre les ministères de la santé et du commerce. Cela pourrait inclure la création d'un bureau santé auprès du Ministère du Commerce qui donnerait des avis sur les implications sanitaires des négociations ou accords commerciaux.

107. En outre, les délégués ont demandé au Secrétariat de placer les questions relatives à la pauvreté, au commerce et à la santé dans le contexte d'autres initiatives de l'OMS telles que la résolution du Comité régional sur la pauvreté et la santé (AFR/RC52/R4), la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le commerce international et la santé (WHA59.26), ainsi que celle sur la santé publique, la recherche en santé et les droits de propriété intellectuelle (WHA59.24), et la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Il a été demandé au Comité régional de coordonner les contributions régionales au groupe de travail à composition non limitée créé pour traiter de la résolution WHA59.24, et d'accorder un rang de priorité élevé aux questions de pauvreté et de santé dans les préoccupations internationales.

108. En vue d'améliorer le document, les délégués ont fait les propositions suivantes :

- a) prendre en considération les questions stratégiques telles que sécurité, opportunités accrues et plus grande autonomisation pour permettre aux pauvres de tirer parti du commerce et réduire les inégalités en distribuant les ressources financières de manière équitable;
- b) faire apparaître le besoin de recherche sur le lien entre pauvreté, commerce et santé à tous les niveaux.

109. Les délégués ont demandé au Secrétariat de préparer un projet approprié de résolution qui relance la résolution AFR/RC52/R4, en ajustant la période du rapport sur la mise en œuvre et en ajoutant à celle-ci les aspects du commerce dont il est fait mention dans le Rapport du Directeur régional (document AFR/RC56/9), pour examen et adoption au cours de la cinquante-sixième session du Comité régional.

110. En réponse aux délégués, le Secrétariat s'est dit reconnaissant des commentaires et suggestions dont il tiendra dûment compte. Le Comité régional a été informé de la diffusion prochaine du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, qui élucidera la question. Le Secrétariat a noté l'importance de la recherche pour fournir des faits susceptibles d'influer sur les politiques. Ceci sera abordé lors de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé 2008 qui se tiendra dans la Région. La nécessité d'établir une relation étroite entre les ministères de la santé et du commerce et d'étudier les liens entre santé, pauvreté, commerce et sécurité humaine, qui seront couverts dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2007*, a également été soulignée.

111. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/9 et la résolution AFR/RC56/R4 y afférente.

### **Financement de la santé: Une stratégie pour la Région africaine**

(document AFR/RC56/10)

112. Le Dr Babacar Dramé a expliqué que les pays de la Région étaient confrontés à un certain nombre de défis, notamment la faiblesse des investissements dans la santé; l'absence de politiques et de plans stratégiques globaux en matière de financement de la santé; la forte proportion de paiements directs de soins; la couverture restreinte par l'assurance maladie; l'absence de structures de protection sociale des pauvres; la mauvaise utilisation des ressources et la faiblesse des mécanismes de coordination de l'appui des partenaires au secteur de la santé.

113. Il a indiqué que la stratégie pour le financement de la santé avait pour objectif de favoriser la mise en place de systèmes nationaux de financement de la santé qui soient équitables, efficaces et durables, afin de réaliser les OMD relatifs à la santé et les autres objectifs sanitaires nationaux. Plus spécifiquement, le document fournit aux pays des orientations quant à la manière de garantir le niveau de financement nécessaire pour atteindre les buts et les objectifs sanitaires souhaités de manière

durable; garantir un accès financier équitable à des services de santé de qualité; et garantir une allocation et une utilisation efficaces des ressources destinées au secteur de la santé.

114. Le Dr Dramé a informé le Comité régional que le document propose des interventions prioritaires pour le renforcement des fonctions du financement de la santé; la collecte des recettes; leur mise en commun et l'achat de services. Certaines des interventions visant le renforcement du recouvrement des recettes comprennent: le renforcement des mécanismes de recouvrement; le respect des engagements précédemment pris dans la Région; le suivi de l'appui budgétaire multi-donateurs; la gestion de la suppression ou de la réduction des paiements directs; et l'amélioration de l'efficacité dans le recouvrement des recettes. La mise en commun des recettes peut être améliorée par la mise au point de systèmes de paiement anticipé (c'est-à-dire l'assurance, les prélèvements fiscaux ou une combinaison des deux systèmes); la création de nouvelles structures de financement de la santé pour la coordination des diverses fonctions de financement; et le renforcement des systèmes de sécurité (mécanismes d'exonération) pour protéger les pauvres.

115. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC56/10.

116. Les délégués ont fait un certain nombre de commentaires généraux. Ils ont noté qu'il existait de nombreux mécanismes pour le financement de la santé et que chaque pays devrait explorer les meilleurs mécanismes pour répondre aux besoins et aux contextes nationaux. La lourde charge que représentent les paiements directs est potentiellement catastrophique, car elle crée un risque d'appauvrissement et réduit l'accès aux services de santé. Il y a lieu de renforcer les capacités des ressources humaines en matière de financement de la santé et de gestion financière. Les meilleures pratiques devraient être partagées, y compris la suppression des paiements directs, les mécanismes de financement de remplacement, le paiement anticipé sous forme d'une assurance maladie et d'un financement par l'impôt. Quels que soient les mécanismes de financement choisis, il y a lieu de créer des systèmes de sécurité pour protéger les pauvres. Il y a lieu de poursuivre le plaidoyer auprès des États Membres pour faire respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etat d'allouer à la santé au moins 15 % de leurs budgets nationaux.

117. Les délégués ont reconnu l'importance des comptes nationaux de la santé dans l'élaboration de politiques et de stratégies globales du financement de la santé, et

dans la conception de réformes du financement de la santé; cependant, il y a lieu d'accorder un meilleur soutien aux pays sur le plan de l'élaboration de mécanismes innovants de financement de la santé. Ils ont admis que le coût du lancement et de l'administration d'un système d'assurance maladie était extrêmement élevé. Il y a lieu de moderniser les systèmes budgétaires, en les associant à des indicateurs basés sur la performance et les résultats, et de promouvoir la participation communautaire au processus de financement de la santé.

118. Le Comité a recommandé qu'il soit ajouté un nouveau paragraphe 3(f) à lire comme suit: "Les pays devraient, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, faire rapport sur la mise en œuvre de la stratégie tous les trois ans".

119. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs précieux commentaires et contributions et leur a donné l'assurance que leurs commentaires seraient dûment pris en compte. Il a montré à quel point le partenariat stratégique entre l'OMS et la Banque mondiale est important et dans ce contexte, il a rappelé la séance spéciale sur le financement de la santé qui s'est tenue au cours de la cinquante-cinquième session du Comité régional à Maputo. Une période de transition était nécessaire pour passer des paiements directs à un autre mécanisme de financement. Les pays devraient veiller à ce que les allocations budgétaires nationales à la santé soient maintenues, en plus du financement externe de la santé, afin de garantir la durabilité du financement du secteur de la santé. Le Secrétariat a admis qu'il est important de renforcer dans les pays les capacités en financement de la santé et en gestion financière. Il y a lieu de créer des partenariats avec les diverses institutions pertinentes (par exemple, la Banque mondiale, l'Organisation internationale du Travail, les Communautés économiques régionales) pour répondre, comme il convient, aux besoins croissants des pays en assistance technique. Le Secrétariat a apprécié le fait que la volonté politique d'allouer à la santé davantage de ressources financières progresse dans les pays et chez les partenaires.

120. Le représentant de la Banque mondiale a admis que les partenaires au développement devraient revoir leurs principaux mécanismes et procédures de prêt pour réduire la volatilité du financement de la santé et améliorer sa prévisibilité. Il s'est félicité de la tendance croissante dans certains pays africains d'allouer davantage de fonds à la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja. Il a ajouté que les ministères de la santé doivent coopérer avec les ministères des finances pour disposer de la marge de manœuvre financière requise pour allouer davantage de ressources

financières à la santé. Il a montré à quel point il est nécessaire pour les partenaires de coopérer pour aider les pays à mettre au point des mécanismes de protection contre les risques financiers, afin de réduire le recours exagéré aux paiements directs.

121. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/10 et la résolution AFR/RC56/R5 y afférente.

**Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives**  
(document AFR/RC56/11)

122. Le Dr Prince Albert T. Roberts, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a déclaré que selon le document, la mission des autorités de réglementation pharmaceutique (ARP) est de coordonner et de contrôler le secteur pharmaceutique pour protéger la santé publique. Les ARP doivent s'occuper des questions administratives (notamment la mission, la politique, la législation, les règles, la structure organisationnelle, les ressources humaines et le financement), des questions techniques (y compris les normes, les standards, les spécifications, les directives et les procédures) et des questions de vérification. Leurs principales fonctions portent sur l'agrément des personnes et des sociétés, l'autorisation de mise sur le marché (enregistrement), l'autorisation d'essais cliniques, l'inspection des unités de fabrication, de la distribution et des sites d'essais cliniques, le contrôle de la qualité et de la sécurité des produits, l'information et le contrôle de la promotion et de la publicité.

123. Il a fait savoir au Comité régional que le document avait pour objectif de passer en revue la situation actuelle des ARP et d'examiner la réglementation régissant les médicaments, y compris les vaccins et les stupéfiants, et de proposer des moyens d'améliorer la performance des ARP dans la Région africaine.

124. Le document, a-t-il déclaré, recommande un certain nombre d'activités prioritaires que les pays doivent mener pour renforcer les autorités de réglementation pharmaceutique. La première activité porte sur l'élaboration de cadres juridiques et organisationnels. Ceux-ci assigneront aux ARP une mission claire et des cadres juridiques adéquats; élaboreront et mettront en place une législation globale tenant compte des contextes national et régional; et mettront en place des structures organisationnelles, infrastructures et ressources appropriées. La deuxième porte sur l'élaboration d'un plan de développement durable des ressources humaines,

préalablement au renforcement des capacités des ARP. La troisième porte sur l'exercice des fonctions réglementaires, notamment l'élaboration et la mise à jour des directives et des procédures, la coopération avec les institutions universitaires, les établissements de santé et les instituts de recherche, ainsi qu'avec les associations professionnelles, la création d'un réseau d'autorités de réglementation pharmaceutique et d'initiatives sous-régionales, et leur renforcement en vue d'harmoniser les réglementations pharmaceutiques, et la réalisation d'un équilibre entre les exigences réglementaires de contrôle des stupéfiants, et la disponibilité et l'accessibilité de ces derniers.

125. Il a recommandé le document AFR/RC56/11 à l'approbation du Comité régional.

126. Le Comité s'est félicité de la pertinence du document et de sa qualité. Les commentaires et suggestions suivants ont été faits: envisager d'inclure la nécessité d'une plus grande autonomie des ARP classiques sans compromettre le rôle d'administration générale des gouvernements; envisager une surveillance transfrontalière des médicaments illicites et contrefaits; entreprendre l'évaluation des médicaments traditionnels autrement qu'en recourant aux essais cliniques qui sont mieux adaptés aux médicaments modernes; former davantage d'inspecteurs pharmaceutiques; et instituer un code de déontologie.

127. Le Secrétariat a remercié le Comité en indiquant que les commentaires et les suggestions transmis seront pris en considération dans le processus de révision du document. Les éclaircissements suivants ont été apportés: les ARP devraient faire partie intégrante des services de santé, sous la responsabilité des États Membres et des autorités nationales; l'OMS est en train d'accorder un soutien aux blocs économiques sous-régionaux dans le domaine de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, y compris la mise en place de structures et la formation. L'OMS n'est pas un organe de réglementation pharmaceutique supranational, mais elle aide les pays à élaborer des lignes directrices et des normes, en plus de fournir un appui technique et éventuellement financier.

128. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a demandé instamment aux États Membres d'être vigilants en ce qui concerne l'abus de médicaments sous contrôle international, en particulier en ce qui concerne l'emploi d'analgésiques opioïdes pour la prise en charge de la douleur. L'OICS a recommandé une collaboration plus étroite avec l'OMS dans la Région africaine.

129. Le Comité régional a approuvé le document AFR/RC56/11.

**Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine** (document AFR/RC56/12)

130. Le Dr Prince Albert T. Roberts a indiqué que le document relève l'engagement actuel, à l'échelle mondiale, en faveur de la réalisation des objectifs relatifs à la santé convenus sur le plan international. Toutefois, la lenteur des progrès vers la réalisation de ces objectifs dans la Région africaine appelle une accélération de l'accès aux services de santé essentiels. L'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé, en 1998, sa volonté d'améliorer la disponibilité des éléments essentiels des soins de santé primaires par le biais de la Politique de la santé pour tous au XXI<sup>ème</sup> siècle. Le document soutient que les soins de santé, lorsqu'ils sont adaptés à l'environnement actuel et à l'environnement futur prévisible, offrent un bon cadre pour l'accès universel aux services de santé essentiels.

131. Le Dr Roberts a indiqué, à l'attention du Comité régional, que les interventions prioritaires à mener par les pays comprenaient : le renforcement de la participation communautaire; l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines pour la santé; l'amélioration de la disponibilité des ressources financières et matérielles; le renforcement de la production et de l'utilisation des données factuelles; l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé; et le renforcement de la collaboration et des partenariats.

132. Selon le Dr Roberts, le succès de la revitalisation des services de santé dans les pays africains passe par l'élaboration ou le renforcement des plans de développement sanitaire; la coordination de la prestation de services aux différents niveaux; la mobilisation et l'allocation des ressources; et l'amélioration de la coordination, des partenariats et de la collaboration intersectorielle. L'OMS et les partenaires compléteront les efforts des pays en menant le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources, devant diverses instances; en fournissant un appui technique; en harmonisant l'appui en faveur de la prestation de services; et en participant à l'évaluation conjointe des performances.

133. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC56/12 et du projet de résolution AFR/RC56/WP/4 y afférent.

134. Les délégués ont fait un certain nombre de commentaires d'ordre général portant sur : la nécessité d'une approche intégrée et holistique, avec une vision clairement définie; la nécessité de fournir aux pays un appui pour leur permettre de renforcer leurs capacités à documenter et à partager les meilleures pratiques; l'accent mis sur la collaboration multisectorielle et l'appropriation; la nécessité d'une participation maximale des communautés et de la pérennisation de cette participation par la reconnaissance formelle des structures communautaires et l'établissement de liens entre celles-ci et les structures de prestation des services; la nécessité de revoir le système d'allocation des ressources de manière à garantir un financement adéquat des priorités locales; l'intégration des Soins de Santé primaires (SSP) dans le système global de santé, avec des liens solides avec le système d'orientation/recours; la nécessité de renforcer encore le système d'orientation/recours; la nécessité du suivi et de l'évaluation des SSP à tous les niveaux. Un certain nombre de faiblesses ont été identifiées, notamment : la pénurie des ressources humaines pour la santé; l'insuffisance des médicaments et produits essentiels; l'inadéquation de l'infrastructure; l'insuffisance du financement destiné aux SSP; et la verticalisation des programmes de santé et des ressources pour la santé.

135. Il a été proposé de soumettre la résolution sur la revitalisation des services de santé par l'approche des soins de santé primaires à l'Union africaine pour que les gouvernements africains, dans leur ensemble, garantissent un plus haut degré d'engagement au principe de collaboration intersectorielle (services gouvernementaux, organisations de la société civile et secteur privé). L'on a reconnu que la définition des SSP, y compris leurs principes et valeurs, n'avait pas changé. Toutefois, il était nécessaire de tenir compte du contexte changeant, en particulier l'émergence de maladies et affections. Les délégués ont appuyé l'idée de mettre sur pied une équipe spéciale sur les SSP dans la Région. Le Comité a recommandé que l'OMS élabore des lignes directrices et des outils sur la collaboration avec les communautés et les autres secteurs. Les délégués ont souligné la nécessité de reconnaître formellement les structures d'appui communautaires et d'éliminer progressivement la trop grande dépendance vis-à-vis des volontaires.

136. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs observations et suggestions pertinentes, tout en leur donnant l'assurance que celles-ci seront prises en compte dans la finalisation du document. La même assurance a été donnée au Comité quant à la mise sur pied d'une équipe spéciale SSP. Le Secrétariat a reconnu la pertinence des questions soulevées par les délégués concernant l'intégration des services;

l'allocation de ressources suffisantes aux systèmes de santé de district; la nécessité de tirer des enseignements de l'expérience des autres pays; la nécessité de trouver des solutions aux questions relatives aux ressources pour la santé; et la nécessité de renforcer le financement, l'organisation et la gestion des services de santé. Le Secrétariat a informé les délégués de l'établissement d'un rapport sur la situation des SSP dans la Région, rapport qui sera bientôt diffusé. Les résultats de cette revue ont inspiré l'élaboration de l'approche proposée, qui a tenu compte de la situation actuelle et des défis nouveaux. Le Secrétariat a mis en exergue les possibilités d'accroissement des ressources aux niveaux national et international, tout en soulignant la nécessité d'orienter ces ressources vers le niveau des districts en vue de faire face aux priorités locales et de contribuer à la réalisation des OMD.

137. Le Comité régional a approuvé le document AFR/RC56/12 et la résolution AFR/RC56/R6 y afférente.

**Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine**  
(document AFR/RC56/14)

138. Le Dr Jose Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho, Rapporteur du Sous Comité du Programme, a présenté le document AFR/RC56/14. Ce document comprend cinq parties : introduction, analyse de la situation, programme d'action de la Région africaine, rôles et responsabilités, et conclusion. Il a souligné le fait que la recherche était importante pour atteindre les objectifs de développement sanitaire, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La quarante-huitième session du Comité régional a adopté un plan stratégique régional de recherche en santé (AFR/RC48/R4). La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA58.34) approuvant les recommandations du Sommet ministériel tenu en 2004 à Mexico sur la recherche en santé. Il est prévu que la seconde Conférence mondiale sur la recherche pour la santé se tiendra en Afrique en 2008.

139. Le document reconnaît également qu'on dispose de connaissances insuffisantes sur la performance des systèmes de santé dans la Région africaine, ce qui limite les capacités des pays à atteindre les buts et objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire. La recherche en santé est insuffisamment financée. Il existe un décalage entre les connaissances et l'action, ce qui signifie que la recherche n'est pas traduite en politiques, ni en actions. Les systèmes nationaux de recherche en santé ne sont pas pleinement fonctionnels et il s'ensuit que les capacités de recherche

en santé sont faibles. Cette situation est aggravée par un certain nombre de contraintes: instabilité politique et sociale, niveaux élevés d'analphabétisme, faible niveau de développement économique national, accès limité aux ordinateurs et à l'Internet. Le document met en lumière le fait qu'en dépit des nombreux défis existants, il y a des opportunités que les pays doivent saisir, par exemple, la prise de conscience accrue de l'importance de la recherche aux niveaux mondial et régional, l'accroissement du financement externe, et les initiatives et mécanismes existants.

140. Le document mentionne en outre que, afin de renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, les pays doivent élargir leurs programmes de recherche en santé pour y inclure les principaux déterminants multidimensionnels de la santé, assurer le lien avec d'autres secteurs (non sanitaires), promouvoir des revues systématiques, y compris l'utilisation de la «littérature grise»; lier la recherche aux politiques et aux actions qui peuvent se traduire par la création de réseaux et un renforcement des capacités permettant de transposer la recherche en actes; mobiliser davantage le financement interne et externe; renforcer les capacités appropriées, notamment les ressources humaines, l'organisation et les infrastructures; renforcer les divers partenariats, par exemple, Nord-Sud, Sud-Sud, intersectoriels, public-privé, chercheurs et décideurs; et allouer au moins 2% des budgets de la santé à la recherche, garantir de solides systèmes nationaux de recherche en santé, renforcer l'appui accordé à la recherche sur les systèmes de santé, promouvoir la traduction de la recherche en politiques et actions, et poursuivre l'appui accordé à la recherche fondamentale sur les médicaments, les vaccins, les diagnostics et d'autres instruments. L'OMS et d'autres partenaires appuieront les pays pour promouvoir l'importance de la recherche, mener le plaidoyer en faveur d'un accroissement du financement, établir des normes et standards (y compris le contrôle sur le plan de l'éthique), fournir un appui technique, promouvoir l'examen, la synthèse, la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche, et améliorer l'accès à l'information sanitaire.

141. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC56/14.

142. Le Comité s'est félicité du caractère complet du document qui intervenait en temps voulu, peu après le Sommet ministériel de Mexico sur la recherche en santé. Il a fait les observations et suggestions suivantes: Il est nécessaire de formuler les priorités nationales en matière de recherche; de mieux utiliser les résultats de la recherche pour orienter les politiques et programmes nationaux; l'OMS devrait aider

les pays à élaborer les politiques et à mieux coordonner les activités de recherche; la Région africaine n'est pas bien représentée dans les forums mondiaux de la recherche, en particulier dans les organes directeurs du Programme spécial de recherche sur les maladies tropicales (TDR) et du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP); il est nécessaire de renforcer les mécanismes chargés du contrôle éthique au niveau national, en particulier pour ce qui est des essais cliniques du vaccin contre le SIDA; la diffusion des résultats de la recherche doit être améliorée; la coopération Sud-Sud doit être renforcée; et un partenariat plus solide doit être instauré entre les universités et les instituts de recherche.

143. Le Secrétariat a remercié le Comité de ses commentaires et suggestions utiles qui seront pris en compte dans la révision du document. Un accord s'est dégagé quant à la nécessité de renforcer les systèmes de santé des pays et d'améliorer les bases factuelles pour des interventions plus efficaces. Une évaluation des systèmes nationaux de recherche en santé à l'échelle régionale est prévue au début de 2007. La mobilisation de ressources accrues au niveau des pays, au titre des budgets nationaux et des fonds externes émanant des projets, revêt une grande importance pour combler les déficits de financement. Le Bureau régional est en train de fournir aux pays un appui pour leur permettre de créer ou de renforcer leurs mécanismes nationaux de revue éthique. La nécessité d'une meilleure représentation de la Région africaine dans les sphères mondiales de la recherche sera dûment prise en considération.

144. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/14.

**Gestion des connaissances dans la Région africaine : Orientations stratégiques**  
(document AFR/RC56/16)

145. Le Dr Jose Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho a précisé que le document comportait les parties suivantes: introduction, analyse de la situation, approche régionale, rôles et responsabilités, suivi et évaluation et, enfin, conclusion.

146. Dans le document, la gestion des connaissances (GC) est définie comme un ensemble de principes, d'instruments et de pratiques qui permettent aux individus de créer des connaissances, et de mettre en commun, traduire et appliquer ce qu'ils savent pour créer de la valeur et gagner en efficacité. Elle vise à améliorer la

performance (c'est-à-dire gérer le temps, offrir des services de qualité, favoriser l'innovation et réduire les coûts) pour la prise de décisions (par les pays et les organisations). Les défis auxquels est confrontée la Région africaine sont liés à l'absence de politiques, de normes, de critères et de stratégies, à la connectivité des moyens de communication et à la mise en place des capacités de gestion pertinentes pour que les pays puissent appliquer les technologies de l'information et de la communication à la gestion des connaissances.

147. La stratégie a pour objectif d'améliorer la performance des systèmes de santé et les résultats sanitaires grâce à une bonne gestion des connaissances en matière de santé. Ses objectifs spécifiques sont d'améliorer l'accès aux connaissances et aux informations intéressant la santé, de maximiser l'impact des connaissances tacites et explicites grâce à une mise en commun et une application de ces connaissances et, enfin, de favoriser la cybersanté et la télémédecine.

148. Le document présente les interventions prioritaires, qui privilégient le plaidoyer, l'amélioration de la collecte de données et de bases factuelles, l'élaboration de politiques et de plans, la définition de normes et de standards, le renforcement des capacités pertinentes (les gens, les processus et les technologies), la promotion de partenariats et la mobilisation de ressources. Pour renforcer les capacités dans le domaine de la gestion des connaissances, les États Membres doivent élaborer des politiques, stratégies, plans et mécanismes de coordination appropriés, et mobiliser des ressources pour mettre en œuvre les plans. L'OMS et les partenaires ont été instamment invités à fournir un appui technique et des lignes directrices adéquats aux États Membres pour l'application des orientations stratégiques présentées dans le document.

149. Le Dr Carvalho a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC56/16 et le projet de résolution AFR/RC56/WP/7 y afférent.

150. Le Comité a souligné l'importance et la qualité du document. Les observations et suggestions ci-après ont été formulées: la qualité et la quantité des informations sanitaires et la production de connaissances nécessitent des améliorations dans la Région; la diffusion et l'application des connaissances doivent elles aussi être améliorées pour contribuer à l'élaboration des politiques et à la prise de décisions éclairées; il est important d'optimiser la cybersanté, la télémédecine et d'autres

techniques de communication modernes, et de renforcer les capacités de collecte et de stockage des données aux niveaux national et régional.

151. Dans le but d'améliorer le document, il a été proposé d'ajouter l'objectif spécifique suivant: améliorer la production d'informations sanitaires sur les plans quantitatif et qualitatif.

152. Le Secrétariat a remercié le Comité de ses observations et suggestions utiles qui seront prises en compte lors de la révision du document. Plus précisément, il a été pris note des points soulevés concernant l'amélioration de la production d'informations et de connaissances, ainsi que l'optimisation de l'utilisation des technologies, notamment la cybersanté et la télémédecine.

153. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/16 et la résolution AFR/RC56/R8 y afférente.

**Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie**  
(document AFR/RC56/15)

154. En présentant le document AFR/RC56/15, le Dr Prince Albert T. Roberts a indiqué que la grippe aviaire était une maladie infectieuse qui affecte les oiseaux et qui est causée par les souches de type A du virus de la grippe. La grippe humaine est transmise par inhalation de gouttelettes infectieuses. Trois pandémies de grippe ont été enregistrées en 1918, en 1957 et en 1968, la première ayant causé de 40 à 50 millions de décès dans le monde. Il a ajouté que la Région africaine était extrêmement vulnérable à la maladie. La Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les États Membres à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux de préparation, et a prié le Directeur général de continuer à jouer un rôle de premier plan dans la préparation face à une éventuelle pandémie.

155. Le document, a-t-il dit, fait état des contraintes auxquelles les pays sont confrontés, à savoir : l'insuffisances des ressources financières; la faiblesse des systèmes de santé; la pénurie de ressources humaines qualifiées prêtes à faire face à une éventuelle surcharge de travail; le nombre insuffisant de laboratoires bien équipés et ayant la capacité de confirmer les cas de grippe aviaire; l'inadéquation des infrastructures de transport et de communication; la faiblesse des systèmes

administratifs et logistiques; les taux élevés d'analphabétisme, et la pauvreté massive. Le document contient également un résumé des défis et des opportunités.

156. Le Dr Roberts a indiqué que l'on demandait instamment aux pays de mettre en œuvre les actions prioritaires suivantes: améliorer la coordination nationale et régionale de la préparation et de la riposte; renforcer les systèmes d'alerte précoce; réduire les risques d'infection humaine par le H5N1; endiguer ou retarder la propagation de la grippe à la source; renforcer les capacités des systèmes de santé nationaux; mettre en œuvre la composante promotion de la santé; élaborer des lois et des politiques et en assurer l'application; contribuer à la recherche sur la grippe. Ainsi, les États Membres doivent élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux de préparation et de riposte; suivre et évaluer la mise en œuvre de ces plans, et communiquer à temps l'information relative à la grippe, conformément au Règlement sanitaire international. L'OMS et les partenaires (par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, et l'Organisation mondiale de la Santé animale) doivent fournir aux pays des lignes directrices pour l'élaboration de plans nationaux de préparation et de riposte; faciliter la mobilisation de ressources pour appuyer la mise en œuvre des plans, et réactiver le Réseau mondial et régional OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour appuyer les États Membres.

157. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC56/15 et du projet de résolution AFR/RC56/WP/6 y afférent.

158. Les délégués ont félicité l'OMS pour la qualité du document qui vient à point nommé. Ils ont échangé des données d'expérience de la gestion des épizooties dans leurs pays respectifs. La plupart des pays ont déjà élaboré des plans nationaux de préparation et de riposte et ont également constitué des équipes multisectorielles. Parmi les problèmes qui ont été évoqués, il y a lieu de citer : les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources; la constitution de stocks d'antiviraux; l'incertitude concernant l'efficacité du Tamiflu®; la faible mobilisation des communautés et le manque d'informations pertinentes sur la maladie; le manque de capacité du personnel sanitaire et vétérinaire pour gérer la situation; l'impact négatif de la grippe aviaire sur l'économie et la sécurité alimentaire.

159. Les délégués ont proposé ce qui suit: mener des recherches sur le comportement et le milieu social; instituer une capacité scientifique régionale et renforcer les capacités des laboratoires dans le domaine de la mise au point de médicaments et de

vaccins pour renforcer la préparation; établir des mécanismes de collaboration multisectorielle non seulement au niveau national, mais aussi au niveau sous-régional; intensifier la communication et la sensibilisation du public au moyen d'instruments appropriés et d'une approche multisectorielle.

160. Les délégués ont fait divers commentaires et suggestions pour améliorer le document. Au paragraphe 9, inclure le partage des espaces intérieurs, et au paragraphe 22, inclure la nécessité de signaler sans tarder tout nouveau virus grippal. Dans la résolution, le paragraphe 5 c) ne doit pas être limité à la confirmation de la souche H5N1, mais devrait inclure tous les virus aviaires hautement pathogéniques et tout nouveau virus de grippe humaine, et il faut ajouter «local» après «national».

161. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions visant à améliorer le document et la résolution y afférente, tout en leur donnant l'assurance qu'ils seront dûment pris en compte. On a rappelé que sept cours de formation avaient été organisés dans la Région à l'intention des épidémiologistes, des cliniciens et des techniciens de laboratoire de 42 pays. Un réseau de laboratoires a été mis sur pied dans la Région, et leurs spécialistes ont été formés au diagnostic de la grippe aviaire. Les délégués ont été informés de l'existence de candidats vaccins en cours de mise au point et d'un stock central de Tamiflu® et de matériel de protection individuelle, constitué par l'OMS.

162. Les délégués ont été instamment invités à désigner un point focal national pour le Règlement sanitaire international (2005); à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux de préparation et de riposte; et à maintenir un système d'alerte performant, du fait du taux élevé de létalité de l'infection. L'importance des actions conjointes des institutions des Nations Unies a aussi été soulignée. Pour appuyer les pays dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux de préparation et de riposte, l'OMS continuera à élaborer et diffuser divers principes directeurs et instruments.

163. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC56/15 et la résolution AFR/RC56/R7 y afférente.

## **La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives**

(document AFR/RC56/17)

164. Le Dr Jose Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho a signalé que le document comporte une introduction, une analyse de la situation, des perspectives, un exposé des rôles et responsabilités, et une conclusion. Le document indique que la drépanocytose est une maladie génétique qui affecte l'hémoglobine des globules rouges du sang. Les douleurs récurrentes et les complications causées par la maladie ont un impact sur bien des aspects de la vie des malades, y compris sur les plans de l'éducation, de l'emploi et du développement psychosocial. Le dépistage néonatal du trait drépanocytaire, lorsqu'il est associé à des tests diagnostiques pratiqués à temps, à l'éducation des parents et à des soins complets, permet de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité imputables à la maladie chez le nourrisson et au cours de la première enfance.

165. Il est souligné dans le document que, dans la plupart des pays où la drépanocytose est un problème majeur de santé publique, il n'existe pas de programmes nationaux pour la combattre, les structures de base nécessaires pour prendre en charge les patients font généralement défaut, le dépistage systématique de la drépanocytose n'est pas une pratique courante, et le diagnostic de la maladie n'est habituellement posé que lorsque survient une complication grave. En conséquence, plus de 50 % des enfants atteints de la forme la plus sévère de la maladie décèdent avant l'âge de cinq ans, le plus souvent d'une infection ou d'une anémie grave. Les pays sont exhortés à renforcer les programmes nationaux existants ou à mettre en place des programmes axés sur le plaidoyer, la prévention et les conseils; le dépistage et le traitement précoces; la surveillance et la recherche; l'éducation communautaire et les partenariats.

166. Il a recommandé au Comité l'adoption du document (AFR/RC56/17).

167. Le Comité a accueilli avec satisfaction cet important document et a félicité le Secrétariat pour sa qualité et son actualité. Il a été demandé des explications concernant l'utilisation des termes *prévention* et *traitement* de la drépanocytose. Les délégués ont admis qu'il était nécessaire de promouvoir et d'appuyer la recherche sur la maladie, d'accorder une attention spéciale aux migrations transfrontalières et à leurs implications pour les pays hôtes, de recourir à la stratégie PCIME comme point d'entrée d'un programme global de lutte contre la drépanocytose, de s'attaquer aux

problèmes juridiques et des droits humains concernant la stigmatisation des personnes touchées par la maladie, et d'inclure dans les perspectives la création d'un mécanisme de coordination entre les États Membres et l'OMS. Ils ont souligné l'importance de constituer un groupe d'experts.

168. Des informations ont été communiquées sur les progrès considérables réalisés au Nigéria dans le traitement de la drépanocytose à l'aide de médicaments traditionnels. Le Comité a également été informé de l'organisation du prochain congrès international sur la drépanocytose qui doit se tenir à Dakar (Sénégal) du 22 au 24 novembre 2006. Enfin, on a insisté sur le fait que le programme sanitaire régional devait accorder à la drépanocytose une place importante.

169. Le Secrétariat a remercié le Comité pour les commentaires et suggestions utiles qui ont été faits et lui a donné l'assurance qu'il les utiliserait pour enrichir le document. Des éclaircissements ont été donnés pour répondre à la question de certains délégués concernant la pertinence du terme *tratamento* dans la version portugaise du document, terme qui aurait dû être rendu par *abordagem terapeutica*. Il a été reconnu que le Secrétariat était au courant de l'efficacité de certains remèdes traditionnels pour lutter contre la drépanocytose, et qu'il était nécessaire de mener des recherches plus poussées sur certaines questions importantes comme la relation entre la drépanocytose et le paludisme, et l'évolution naturelle de la maladie. Le Secrétariat a souligné que les interventions clés - à savoir dépistage précoce, éducation des patients, des familles et des communautés, prise en charge des cas et systèmes de santé performants - étaient indispensables au succès des programmes nationaux.

170. Le Comité régional a adopté le document (AFR/RC56/17).

#### **EXAMEN DU PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008-2013 ET DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 (document AFR/RC56/18)**

171. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Directeur, Gestion du Programme, a présenté le document AFR/RC56/18. Il a indiqué la place qu'occupent le plan stratégique à moyen terme de six ans 2008-2013 et le budget programme biennal 2008-2009 dans le cadre de gestion axée sur les résultats, élaboré par l'OMS.

172. Il a déclaré que le plan stratégique traite du plan d'action sanitaire en sept points prévu dans le Onzième Programme général de Travail, à savoir: investir dans la santé pour réduire la pauvreté; renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale; promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé; influencer sur les déterminants de la santé; renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable; exploiter le savoir, la science et la technologie; et renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

173. Il a récapitulé les fonctions essentielles de l'OMS qui figurent dans le Programme général de travail et qui sont les suivantes : jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et forger des partenariats lorsqu'une action conjointe s'impose; fixer les priorités de la recherche et stimuler la production, l'application et la diffusion des connaissances utiles; fixer des normes et standards, et promouvoir et surveiller leur application; définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des bases factuelles; fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles; surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

174. Le Dr Lusamba-Dikassa a expliqué que le plan stratégique porterait sur cinq axes principaux: apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle par des interventions efficaces de santé publique; renforcer la sécurité sanitaire dans le monde; concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé; développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé; renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

175. Il a informé le Comité régional de ce que le plan stratégique consistait en 16 objectifs communs formant une structure programmatique plus stratégique et plus souple qui tient compte des besoins des pays et des régions, porte sur l'ensemble des domaines d'activité de l'OMS, et facilite la collaboration entre les programmes axés sur une maladie particulière en mettant en évidence les liens multiples qui unissent les déterminants de la santé, les résultats sanitaires, et les politiques, systèmes et technologies. Il a expliqué que l'on procédait actuellement à une réforme administrative générale de l'Organisation pour garantir une mise en œuvre plus efficiente et plus efficace, et notamment améliorer la gestion et l'administration;

favoriser une collaboration fructueuse entre programmes distincts, mais apparentés, et entre les pays, les régions et le Siège; permettre de travailler de manière décentralisée, reconnaître le rôle crucial que jouent les administrateurs; coopérer avec les partenaires; et travailler dans le cadre du système des Nations Unies.

176. Pour financer adéquatement le plan stratégique, il faudrait disposer d'un budget global de US \$4263 millions pour 2008–2009. Il a déclaré que l'augmentation budgétaire était destinée principalement à accélérer les efforts visant à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui concernent la santé de la mère et de l'enfant, à mettre davantage l'accent sur les maladies non transmissibles, à appliquer le Règlement sanitaire international (2005), et à contribuer à un développement sanitaire durable en prêtant une plus grande attention aux déterminants de la santé et en renforçant les systèmes de santé.

177. L'OMS prévoit de financer le projet de plan stratégique à moyen terme grâce à un budget intégré doté de trois sources de financement : i) les contributions fixées et les recettes diverses (US \$1 milliard); ii) les contributions volontaires négociées (US \$600 millions); et iii) les contributions volontaires pour des projets particuliers (US \$2 663 millions). La ventilation proposée pour le budget biennal selon les cinq principaux domaines est la suivante : US \$2 130 millions pour les interventions de santé publique; US \$220 millions pour la sécurité sanitaire mondiale; US \$488 pour les déterminants de la santé; US \$644 millions pour les systèmes de santé, et US \$781 millions pour le rôle directeur et la gouvernance. La Région africaine devrait recevoir US \$986,7 millions (26 % du budget total) pour la période biennale 2008–2009.

178. Les délégués ont félicité l'OMS pour l'exhaustivité du document et la clarté de sa présentation. Ils ont demandé des précisions sur les rapports entre le plan stratégique à moyen terme, le Onzième Programme général de Travail et le budget programme, notamment concernant le calendrier, ainsi que sur les critères appliqués pour allouer les fonds aux principaux domaines stratégiques.

179. Les délégués ont d'autre part formulé les observations et suggestions suivantes: le document mériterait des corrections de texte et une relecture typographique: plusieurs cibles et indicateurs n'y sont pas clairement définis; par ailleurs, il faudrait allouer des fonds plus importants aux ressources humaines pour la santé et à la lutte contre les maladies non transmissibles.

180. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs observations et suggestions, et leur a donné l'assurance que, du fait que le document constituait un processus en évolution, elles seraient prises en compte lors de sa révision. D'autres observations et suggestions pourront encore être adressées au Secrétariat après la cinquante-sixième session du Comité régional. Il a été souligné que c'était la première fois que l'OMS soumettait un plan à moyen terme, ce qui est une nouvelle façon de travailler et devrait alléger la charge de travail en matière de planification, et que ce processus était la résultante de consultations approfondies à tous les niveaux de l'OMS. Des précisions ont également été données sur les rapports entre le plan stratégique à moyen terme et le Onzième Programme général de travail. S'agissant de la ventilation des fonds entre les divers domaines stratégiques, il a été expliqué que ceux-ci ne s'excluaient pas les uns les autres; par exemple, les interventions de santé publique contribueront au renforcement des systèmes de santé. Le Secrétariat continuera à mener une action de plaidoyer auprès des partenaires pour obtenir davantage de ressources et disposer d'une plus grande souplesse dans leur utilisation.

#### **ÉRADICATION DE LA VARIOLE: DESTRUCTION DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE** (document AFR/RC56/20)

181. Le Dr James Mwanzia, Directeur, Division de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, a présenté le document AFR/RC56/20 intitulé "Éradication de la variole : Destruction des stocks de virus variolique". Il a rappelé que par sa résolution WHA52.10, la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé avait autorisé le maintien temporaire, jusqu'en 2002, des stocks existants de virus variolique dans deux sites, à savoir: le Centre russe de recherche en virologie et biotechnologie (Fédération de Russie) et les Centres de Lutte contre la Maladie, Atlanta, Géorgie (Etats- Unis d'Amérique).

182. Ce maintien temporaire a fait l'objet d'un examen annuel par le Comité consultatif de l'OMS de la Recherche sur le Virus variolique qui a été constitué conformément à la même résolution, et d'un rapport annuel du Secrétariat à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé. Lors de sa réunion des 10 et 11 novembre 2005, le Comité consultatif de l'OMS de la Recherche sur le Virus variolique a conclu que la poursuite de travaux de recherche nécessitant l'accès au virus variolique vivant ne s'imposait plus aux fins de développement de vaccins plus sûrs, de tests diagnostiques ou de séquençage du génome entier.

183. Certains délégués ont souligné la nécessité d'examiner d'une manière approfondie la recherche achevée, la recherche actuellement en cours et la recherche prévue d'évaluer sur une base annuelle la nécessité de prolonger le maintien des stocks existants de virus variolique vivant; d'inspecter plus rigoureusement les deux dépôts autorisés pour s'assurer que les laboratoires satisfont aux critères les plus stricts de biosécurité et de biosûreté; de soumettre un rapport annuel détaillé à l'Assemblée mondiale de la Santé; de veiller à ce que toute recherche entreprise n'implique aucune ingénierie génétique du virus variolique; de s'interroger sur le statut légal des souches de virus dans les deux dépôts en ce qui concerne leur détention; de demander des mesures pour faire en sorte que tous les États Membres aient accès sur un pied d'égalité aux résultats de la recherche et aux droits de propriété découlant de ses résultats.

184. Les délégués ont en outre fait des propositions en vue d'accroître le nombre de membres du Comité consultatif de l'OMS de la Recherche sur le Virus variolique pour garantir une composition plus équilibrée; de constituer une équipe internationale de suivi et de garantir la transparence sur le plan du stockage des stocks de virus variolique.

185. Les délégués ont aussi proposé que le Comité régional discute des questions relatives au projet de résolution qui sera soumis à l'examen du Conseil exécutif, et donne à ce sujet plein pouvoir aux représentants de la Région africaine.

186. Le Secrétariat a donné aux délégués l'assurance qu'il avait été pris bonne note de leurs préoccupations et suggestions, et que celles-ci seraient soumises au Siègne de l'OMS pour la réunion du Conseil exécutif en janvier 2007. Il a été indiqué qu'un consensus mondial sur la destruction du virus variolique était nécessaire.

## **DOCUMENTS D'INFORMATION**

### **Éradication de la poliomyélite dans la région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC56/INF.DOC/1)**

187. Le document est divisé en cinq parties : introduction, progrès réalisés, enjeux et défis, interventions prévues et conclusion. Il rappelle qu'en 2004 le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avait adopté une résolution (AFR/RC54/R8) appelant à

l'intensification des activités de lutte contre la poliomyélite afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans la Région.

188. À la fin de 2005, le nombre de pays d'endémie dans la Région africaine était passé de deux (Niger et Nigeria) à un seul (Nigeria), alors que douze pays où le poliovirus sauvage avait été importé en 2003-2005 étaient redevenus exempts de poliomyélite. Plusieurs pays précédemment exempts de poliomyélite (Éthiopie, Namibie, Niger et République démocratique du Congo) continuent à enregistrer des cas dus à l'importation du poliovirus sauvage, phénomène qui a été attribué à la persistance d'une faible couverture vaccinale, aux insuffisances de la surveillance et à la mauvaise qualité des campagnes de riposte aux flambées.

189. Divers pays ont fait part de leur expérience dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite. Il convient de corriger le chiffre indiqué pour le Cap-Vert dans le tableau 1, car la dernière année de notification était 2001 et non pas 2002. Certains délégués ont estimé qu'il fallait des fonds supplémentaires pour accélérer l'éradication de la poliomyélite et mettre en œuvre les plans de réponse à l'importation du poliovirus sauvage.

#### **Mise en œuvre du Règlement sanitaire international**

(document AFR/RC56/INF.DOC/2)

190. Le document est divisé en six parties: introduction; contexte et historique du processus de révision; application immédiate, sur une base volontaire, des dispositions du Règlement sanitaire international (RSI 2005) pertinentes au regard du risque d'une sérieuse pandémie de grippe aviaire; implications de l'application immédiate et volontaire du RSI (2005) pour les États Membres de la Région africaine, capacité de la Région africaine à mettre en œuvre le RSI(2005), et conclusion.

191. Le 23 mai 2005, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, par sa résolution WHA58.3, le RSI (2005) qui devrait entrer en vigueur le 15 juin 2007, conformément à son article 59. Les États Membres de la Région africaine ont participé pleinement aux différentes réunions de négociations sur le RSI, favorisant ainsi l'obtention d'un large consensus sur les événements de portée internationale. La mise en œuvre du RSI (2005) dans la Région africaine se fera dans le contexte de la Stratégie de surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR),

adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 1998, par la résolution AFR/RC48/R2.

**Rapport sur les ressources humaines de l'OMS dans la Région africaine** (document AFR/RC56/INF.DOC/3)

192. Le document est divisé en quatre parties: introduction; catégories par type d'engagement; répartition par catégorie, grade et sexe; et représentation géographique. Il donne une vue d'ensemble du profil des personnels de l'OMS dans la Région africaine au 1<sup>er</sup> juin 2006 et présente la situation générale des membres du personnel par catégorie, grade, sexe, représentation géographique, nationalité et lieu d'affectation.

193. Au 1<sup>er</sup> juin 2006, l'OMS disposait dans la Région africaine d'un effectif total de 2701 membres du personnel titulaires soit d'un engagement de longue durée, soit d'un engagement temporaire. Sur ce total, 527 (19,6 %) étaient des membres du personnel de la catégorie professionnelle, 385 (14,2 %) de la catégorie des administrateurs nationaux, et 1789 (66,2 %) de la catégorie des services généraux. Les États Membres sous-représentés sont instamment invités à encourager leurs personnels professionnels à poser leur candidature aux postes vacants.

**Situation actuelle de la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine** (document AFR/RC56/INF.DOC/4)

194. Le document est divisé en cinq parties: historique, situation actuelle, enjeux et défis, perspectives et conclusion. La stratégie première du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose est le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires, qui permet à des communautés de prendre en main la distribution des médicaments et, en définitive, leur propre santé. L'approche communautaire a favorisé une extension rapide de la couverture du traitement auquel ont désormais accès plus de 40 millions de personnes dans plus de 95 000 communautés, contre 1,4 million de personnes seulement en 1997.

195. En raison des déplacements de populations humaines, des bouleversements sociopolitiques survenus dans la Région et de la migration des simulies *Simulium* (vecteurs du parasite responsable de la maladie), il y a un grand risque de réapparition de la transmission et de recrudescence de la maladie, du fait du manque

d'efficacité des programmes dans les pays avoisinants. Les pays et les partenaires du développement doivent trouver des mécanismes efficaces pour collaborer entre eux et avec le Centre de surveillance pluripathologies pour assurer une surveillance et une évaluation de qualité, afin d'éviter toute recrudescence de la maladie. Au total, 29 pays doivent renforcer leurs contributions financières aux projets de distribution d'ivermectine et assurer une bonne intégration des activités de lutte contre l'onchocercose et de surveillance de la maladie dans leurs systèmes de santé, afin de préserver les acquis sans précédent dont peuvent se targuer les programmes de lutte contre l'onchocercose.

**Termes de référence de la réunion des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/INF.DOC/5)**

196. Le document propose des termes de référence auxquels les États Membres de la Région africaine pourraient se référer pour leurs réunions quotidiennes à l'Assemblée mondiale de la Santé. Il est évident que ces réunions ont un poids politique considérable et peuvent être cruciales pour une meilleure représentation des intérêts de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif.

197. Les délégués ont fait savoir qu'ils comptaient avoir des orientations sur les rapports entre le Groupe africain basé à Genève et l'Assemblée mondiale de la Santé. Ils ont déploré qu'il soit fait mention au paragraphe 3 de réunions informelles, alors qu'il devrait s'agir de réunions formelles, vu leur importance.

198. Le Comité a recommandé que les réunions du Groupe africain durant l'Assemblée mondiale de la Santé doivent être formelles, mais il devrait être clair qu'elles sont différentes des réunions du Comité régional. La réunion devrait débuter à 8 heures, au lieu de 8h15, et se terminer avant 9 heures pour que les délégués puissent être en séance à temps. Il faudrait maintenir le Groupe africain basé à Genève pour qu'il puisse apporter la contribution nécessaire à la définition de positions communes des délégations de la Région africaine durant les sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif.

**TABLE RONDE : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie** (document AFR/RC56/RT/1)

199. La Table ronde s'est déroulée parallèlement à la session du Comité régional et a porté sur le sujet suivant: Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Le Président de la Table ronde, le Dr S. Faugoo, Ministre de la Santé et de la Qualité de la Vie de Maurice, a présenté le rapport (*voir Annexe 5*).

**DISCUSSION DE GROUPE : LUTTE ANTIPALUDIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE : EXPÉRIENCES ET PERSPECTIVES** (document AFR/RC56/PD/1)

200. La Discussion de groupe s'est déroulée parallèlement à la session du Comité régional et a porté sur le thème suivant: La lutte antipaludique dans la Région africaine: Expériences et perspectives. Le Président était le Dr Parirenyawa, Ministre de la Santé du Zimbabwe. Le Vice-Président était le Dr Bassilio Mosso Ramos, Ministre de la Santé du Cap-Vert (*voir Annexe 6 pour le rapport de la Discussion de groupe*).

**DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-SEPTIÈME ET CINQUANTE-HUITIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL** (document AFR/RC56/21)

201. M. Gary Bromson, Directeur, Administration et Finances, a présenté ce document.

202. Le Comité régional a convenu que sa cinquante-septième session se tiendrait à Brazzaville (République du Congo) et que cette session aurait lieu du 27 au 31 août 2007. Le Comité régional se prononcera à sa cinquante-septième session sur les dates et le lieu de la cinquante-huitième session.

**DATE ET LIEU DE LA SEPTIÈME CONFÉRENCE MONDIALE 2008 SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ** (document AFR/RC56/22)

203. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Directeur, Gestion du Programme, a présenté ce document.

204. Dans un esprit de collaboration et de consensus, le Burkina Faso et l'Afrique du Sud ont retiré leurs offres d'abriter la Conférence. Le Comité régional a convenu que

la Conférence mondiale 2008 sur la Recherche pour la Santé se tiendrait à Bamako (Mali). Il a confirmé que l'Algérie allait accueillir la réunion préparatoire à la Conférence de 2008, de préférence à la mi-2008. Le Comité régional a également mis sur pied un Comité directeur chargé de préparer la réunion d'Algérie et composé des États Membres suivants : Algérie, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Rwanda et Sénégal. L'OMS appuiera la coordination du processus et préparera également un rapport régional qui sera présenté à la réunion d'Algérie.

#### **DATE ET LIEU DE LA CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ** (document AFR/RC56/23)

205. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Directeur, Gestion du Programme, a présenté ce document.

206. Le Comité régional a convenu que la Conférence mondiale sur la promotion de la santé se tiendrait à Nairobi (Kenya) et qu'elle aurait lieu en 2009.

#### **SÉANCE SPÉCIALE** (document AFR/RC56/SS1)

207. La séance spéciale s'est tenue dans la matinée du dernier jour de la session du Comité régional sur le sujet suivant : Faire face aux barrières mises à l'échelle dans le domaine de la santé : Une réponse coordonnée. Elle a été animée par le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, sous la présidence du Dr Tim Evans, du Siège de l'OMS, et de Jacques Baudony, de la Banque mondiale (*voir Annexe 7 pour le rapport de la séance spéciale*).

#### **ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL** (document AFR/RC56/24)

208. Le rapport de la cinquante-sixième session du Comité régional (AFR/RC56/24) a été adopté avec des amendements mineurs.

#### **CLÔTURE DE LA CINQUANTE-SIXIEME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

##### **Motion de remerciements**

209. La motion de remerciements adressée au Premier Ministre, au Gouvernement et au peuple éthiopiens, pour avoir accueilli la cinquante-sixième session du Comité

régional, a été présentée au nom des délégués par le Dr Motloheloa Phooko, Ministre de la Santé du Lesotho, et a été adoptée par le Comité régional.

#### **Remarques de clôture du Directeur régional**

210. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, a exprimé sa gratitude aux délégués pour leur inestimable appui et leurs précieux conseils qui contribueront à améliorer la qualité du travail du Secrétariat. Il a passé en revue les diverses questions examinées et les résolutions adoptées sur le PEV, l'accélération de la prévention de l'infection à VIH, le financement de la santé, la revitalisation des systèmes de santé, la recherche en santé, la gestion des connaissances et d'autres questions. Il a souligné la nécessité de renforcer les systèmes nationaux de santé, en particulier au niveau local, en tant que base de l'accélération de la mise en œuvre des programmes prioritaires. Il a adressé ses remerciements aux invités, aux partenaires et aux experts qui ont partagé leur expertise et leurs expériences au cours de la réunion. Il a également adressé ses remerciements au Président du Comité régional pour le brio avec lequel il a géré et conduit les travaux de la réunion. Il a aussi tenu à adresser ses remerciements au Gouvernement et au peuple éthiopiens pour avoir abrité avec succès la présente session du Comité régional. Enfin, il a remercié tous ceux qui ont contribué au succès de la réunion.

#### **Remarques du Président et clôture de la réunion**

211. Le Président du Comité régional, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a exprimé sa gratitude à l'OMS et au Directeur régional pour la possibilité offerte à l'Éthiopie d'abriter la cinquante-sixième session du Comité régional. Il a souligné le fait que la réunion a permis d'examiner des questions qui sont d'actualité et d'adopter des résolutions qui auront un impact sur la santé des populations de la Région. Il a déclaré que la présente session revêtait un caractère spécial, dans la mesure où elle était parvenue à un consensus sur le candidat africain au poste vacant de Directeur général de l'OMS. Il a souligné l'importance d'un appui constant au candidat africain, à tous les stades du processus de sélection. Il a également remercié les Ministres et les Chefs de Délégation pour avoir facilité sa tâche en tant que Président.

212. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-sixième session du Comité régional.

## **PARTIE III**

### **ANNEXES**

## LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS DES  
ÉTATS MEMBRES

## ALGÉRIE

Mme Rachida Benkhelil  
Secrétaire général du Ministère  
de la Santé  
Chef de Délégation  
Alger

Dr Hellal Hassina  
Ministère de la Santé, de la Population  
et de la Réforme hospitalière  
Alger

M. Djaoud Malek  
Diplomate près l'Ambassade  
Addis Abéba

Mme Djaoud Hafida  
Diplomate auprès de l'Ambassade  
Addis Abéba

## ANGOLA

Dr Sebastião Sapuile Veloso  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Rua 17 Setembro, Luanda

Dr Delaide F. S. Veloso  
Assessora do Ministro  
Rua 17 Setembro, Luanda

Dr Augusto Rosa M. Neto  
Director de Gabinete de Intercâmbio  
Internacional  
CP 1487, Luanda

Dr Filomeno de Jesus Coelho Fortes  
Director do Programa das Grandes  
Endemias

Dr Joaquim Avelino Artur  
Director do Gabinete Jurídico

## BÉNIN

Dr (Mme) Flore Gangbo  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Cotonou

Dr Benoît H. Faïhun  
Secrétaire général du Ministère  
Cotonou

Dr Hortense Kossou  
Coordonnatrice du Programme national  
de Lutte contre le Paludisme  
Cotonou

## **BOTSWANA**

Hon (Prof) Shiela Dinotshe Tlou  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag 0038, Gaborone

Miss Seloï Mogatle  
Pharmacist, Ministry of Health  
P/Bag 0038, Gaborone

Dr Masae Balosang  
Director, Public Health  
Ministry of Health  
PO Box 992, Gaborone

## **BURKINA FASO**

M. Bédouma Alain Yoda  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr André Joseph Tiendrebeogo  
Secrétaire permanent du Conseil  
national de Lutte contre le Sida  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Brahim K. Michel Sombié  
Conseiller technique en Santé  
05 BP 6198, Ouagadougou

Dr Souleymane Sanou  
Directeur général de la Santé  
05 BP 6198, Ouagadougou

Dr Fatimata Zampaligre  
Directrice de la Santé de la Famille  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Sié Roger Hien  
Directeur des Etudes et de la  
Planification  
03 BP 7009, Ouagadougou

## **BURUNDI**

Dr Barnabé Mbonimpa  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 1820, Bujumbura

Dr Charles Batungwanayo  
Directeur général de la Santé  
BP 1820, Bujumbura

## **CAMEROUN**

M. Alim Hayatou  
Secrétaire d'Etat à la Santé publique  
Chef de Délégation  
Yaounde

Dr Martina Baye Lukong  
Chef de Division de la Coopération  
Yaoundé

Prof. Lucienne Bella Assumpta  
Directeur de la Lutte contre la Maladie  
Yaoundé

Dr Pierre Ongolo Zogo  
Chef de Division de la Recherche  
opérationnelle  
Yaoundé

Mr Daniel Sibetcheu  
Directeur de la Promotion de la Santé  
Yaoundé

#### **CAP- VERT**

Dr Basilio Mosso Ramos  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Cap-Vert

Dr Ildo Carvalho  
Conseiller du Ministre de la Santé  
Cap-Vert

#### **RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

Dr Bernard Lala  
Ministre de la Santé publique et de la  
Population  
Chef de Délégation  
Bangui

Dr Jean Chrysostome Gody  
Directeur du Complexe pédiatrique BP  
3223, Bangui

#### **TCHAD**

Mme N'garimatina Odjimbeye  
Soukate  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation  
BP 440, N'Djamena

Dr Ahmat Ali Hissein  
Secrétaire général adjoint  
Ministère de la Santé publique  
BP 440, N'Djamena

Mr Ouadjon Ouarmaye  
Directeur général adjoint de l'Action  
sanitaire régionale  
BP 440, N'Djamena

Mr Nadjilar Lokemla  
Coordonnateur du Programme  
national  
de Lutte contre l'Onchocercose  
BP 4057, N'Djamena

#### **COMORES**

Dr Dhoinine Ikililou  
Vice-Président en charge du Ministère  
de la Santé, de la Solidarité et de la  
Promotion du Genre  
Chef de la Délégation  
BP 1028, Moroni

Dr Ahamada Msa Mliva  
Directeur national de la Santé publique  
BP 484, Moroni

#### **RÉPUBLIQUE DU CONGO**

Dr Damase Bodzongo  
Directeur général de la Santé  
Chef de Délégation  
Brazzaville

Mr Henri Félix Kotaou  
Attaché au Matériel et Chargé de  
Mission du Cabinet  
Brazzaville

Dr Michel Kaba-Mboko  
Conseiller à la Santé du Ministre de la  
Santé  
Brazzaville

Dr François Libama  
Chef du Programme national de Lutte  
contre le Paludisme  
Brazzaville

M. G. Banthoud  
Conseiller à l'Ambassade du Congo  
à Addis Abéba

#### **CÔTE D'IVOIRE**

Dr Rémi Allah Kouadio  
Ministère de la Santé et de l'Hygiène  
publique  
Chef de Délégation  
BP 2494, Abidjan

M. Ange Félix Kalou  
Chargé de Mission  
BP 04, Abidjan

Dr Joseph Niangue  
Directeur de la Santé communautaire  
06 BP 861, Abidjan

Dr Kone Mamadou  
Conseiller technique  
Abidjan

#### **RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

Dr C. Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire général à la Santé  
Chef de la Délégation  
BP 20333, Kinshasa 21, Lemba

Dr Benoît Kebela Ilunga  
Directeur de la Lutte contre la Maladie  
BP 20333, Kinshasa

Dr Lisangola Itofele  
Directeur du Programme national de  
l'Hygiène aux Frontières  
BP 20333, Kinshasa

Dr Lily Mokako Tshinde  
Directeur adjoint du Programme  
national de l'Hygiène aux Frontières  
BP 20333, Kinshasa

#### **ÉTHIOPIE**

Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus  
Minister, Federal Ministry of Health  
Head of Delegation  
Addis Ababa

Dr Kebede Worku  
State Minister, Federal Ministry of  
Health,  
Addis Ababa

Dr Alemeyehu Gebremichael Wonda  
Country Director  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Nejmudin Kedir Billal  
Head, Planning and Programming  
Federal Ministry of Health  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Tsehayaesr Messele  
Director General  
Ethiopian Health and Nutrition  
Institute  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Tesfanesh Belay  
Head, Family Health Department,  
Federal Ministry of Health  
Addis Ababa

Dr Zerihun Taddese  
Head, Diseases Prevention and Control  
Department  
Federal Ministry of Health  
Addis Ababa

Ato Yohannes Tadesse  
Head, Human Resource Development  
Provisional Department  
Addis Ababa

Ato Haileselassie Bihon  
Director General  
Drug Administration and Control  
Authority  
Addis Ababa

Ato Wondwossen Temis  
Manager Health Extension and  
Education Center  
Addis Ababa

Ato Negatu Mereke Gossaw  
Director General  
HIV/AIDS Prevention and Control  
Office  
Addis Ababa

Dr Alemnesh Wolde Endeshaw  
Head, Regional Health Bureau  
Addis Ababa

Dr Hassan Mohamed  
Head, Regional Health Bureau,  
Oromia  
Addis Ababa

Dr Ato Endale Engida  
D/Head, Regional Health Bureau,  
Amhara  
Addis Ababa

Dr Gebreab Barnabas  
Head, Regional Health Bureau, Tigray  
Addis Ababa

Dr Shiferaw Membacho Tekelemarian  
Head, Regional Health Bureau,  
SNNPR, Awassa  
PO Box 149, Addis Ababa

Dr Yewondwossen Tadesse  
President, Ethiopian Medical  
Association  
Addis Ababa

Dr Ermias Mulugeta  
President, Physicians in Private  
Practice  
Addis Ababa

Dr Abren Dejenie  
NPO ART Scale Up  
Addis Ababa

Eng Shifarrow M. Bizuneh  
Chair, NPPC, Ethiopian Rotary  
Addis Ababa

Sister Yegomawork Gossaye  
President, Ethiopian Nursing  
Association  
Addis Ababa

#### **GABON**

Mme Paulette Missambo  
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé  
publique  
Chef de Délégation  
BP 50, Libreville

Dr Jean Baptiste Ndong  
Inspecteur général des Services de  
Santé  
BP 13805, Libreville

Dr Constant Roger Ayenengoye  
Directeur général de la Santé  
BP 7608, Libreville

Mme H. J. Mouely-Koumba  
Deuxième Secrétaire à l'Ambassade du  
Gabon en Éthiopie

#### **GAMBIE**

Dr Tamsir Mbowe  
Secretary of State  
Head of Delegation  
Banjul

Mr Yaya Sireh Jallow  
Permanent Secretary  
Banjul

Dr Mariatou Jallow  
Ag. Director of Health Services  
Banjul

#### **GHANA**

Hon Major Courage E K Quashigah  
(rtd)  
Minister of Health  
Head of Delegation  
PMB M44, Accra

Mr Isaac Adams  
Director, Research and Statistics  
Ministry of Health  
PO Box M44, Accra

Dr Fred Binka  
Executive Director, Health Network  
PO Box 213, Accra

Mr Mary Arday-Kotei  
Deputy Director, Public Health and  
Health Promotion  
Ghana Health Service  
PO Box GP 753, Accra

Miss Beatrice Soliku  
Senior Midwife  
Ghana Health Services  
PO Box GP 753, Accra

### **GUINÉE**

Dr Momo Camara  
Secrétaire général  
Chef de Délégation  
BP 585, Conakry

Mme Sekou Camara  
Ambassadeur de la République de  
Guinée en Éthiopie  
Addis Abéba

M. Moussa Sidibe  
Premier Secrétaire  
Ambassade de Guinée en Éthiopie  
Addis Abéba

Mme Kahgne Barry, Diallo  
Conseiller à l' Ambassade de Guinée en  
Éthiopie  
Addis Abéba

Dr Léonie Koulibaly  
Coordonnatrice du Programme  
national de Lutte contre le Paludisme  
Conakry

### **GUINÉE-BISSAU**

Mme Teixeira Antónia Mendes  
Ministra da Saúde  
Chefe da Delegação  
Bissau

Dr Júlio César Sá Nogueira,  
Conseiller au Ministère des  
Affaires institutionnelles  
et des Politiques de Santé,  
Bissau

Mr Roberto Armando Ferreira Cacheu  
Secrétaire général  
Bissau

Dr Plácido Monteiro Cardoso  
Directeur général de la Santé  
Bissau

### **GUINÉE ÉQUATORIALE**

Dr Gregorio Gori Momohi  
Directeur général de Santé publique et  
Planification sanitaire  
Chef de Délégation

Dr Marie Gloria Nseng  
Directrice national du Programme de  
Paludisme

## **KENYA**

Hon Dr Wilfred G. Machase  
Deputy Minister  
Ministry of Health  
Head of Delegation  
PO Box 30016, Nairobi

Dr James Wambura Nyikal  
Director of Medical Services  
PO Box 30016, Nairobi

Dr Ahmed E. O. Ogwel  
Head, Office for International Health  
Relations  
PO Box 30016, Nairobi

Dr T. Gakuruh  
Head, Health Sector Reforms  
PO Box 30016, Nairobi

## **LESOTHO**

Hon Dr Motloheloa Phooko  
Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 514, Maseru

Mr Teleko Ramotsoari  
Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 514, Maseru

Ms Mahlapane Lekometsa  
HIV/AIDS Epidemiologist  
PO Box 514, Maseru

Ms Refiloe Leduka  
First Secretary - Social  
Lesotho Embassy  
PO Box 7483, Addis Ababa

Dr Lugemba Budiaki  
Director Primary Health Care  
PO Box 514, Maseru

## **LIBÉRIA**

Hon (Dr) Walter T. Gwenigale  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation  
PO Box 10-9009, Monrovia

Mrs Jessie Duncan  
Assistant Minister  
Preventive Services  
PO Box 10-9009, Monrovia

Dr Bermice Dahun  
Deputy Minister for Health Services  
Chief Medical Officer designate  
PO Box 10-9009, Monrovia

## **MADAGASCAR**

Dr Jean Louis Robinson Richard  
Ministre de la Santé et du Planning  
familial  
Chef de Délégation  
Antananarivo

Mr Ratsimanetrimanana Fenosoa  
Secrétaire exécutif du Comité national  
de Lutte contre les IST/SIDA  
Antananarivo  
Dr Rajaoarisoa Sylvie  
Chef de Service du Partenariat  
Antananarivo

### **MALAWI**

Hon Marjorie Eleanor Ngaunje  
Minister of Health  
Head of Delegation  
PO Box 30377, Lilongwe

Mrs Lillian Debora Ng'oma  
Director, Health Technical Support  
Services  
PO Box 30377, Lilongwe-3

Mr Willard Masanko Kazembe  
Chief Research Officer  
Ministry of Health  
PO Box 30377, Lilongwe

Dr Storn Binton Kabuluzi  
Deputy Director  
Preventive Health Services  
Ministry of Health  
PO Box 30377, Lilongwe-3

Dr Daniel D. T. Lu  
Technical Advisor  
PO Box 30377, Lilongwe-3

### **MALI**

Mme Maiga Zeïnab Mint Youbba  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 232, Bamako

Dr Sidy Diallo  
Conseiller technique du Ministre de la  
Santé  
BP 232, Bamako

Dr Mamadou Souncalo Traoré  
Directeur national de la Santé  
BP 233, Bamako

### **MAURITANIE**

Mr Saadna Ould Baheida  
Ministre de la Santé et des Affaires  
sociales  
Chef de Délégation  
BP 177, Nouakchott

Prof Mohamed Lemine Ba  
Chargé de Mission auprès du Ministre  
de la Santé  
BP 177, Nouakchott

Dr Abderrahmane Ould Jiddou  
Directeur de la Lutte contre la Maladie  
BP 177, Nouakchott

## **MAURICE**

Hon. Dr Satya Veyash Faugoo  
Minister for Health and Quality of Life  
Port Luis

Mrs Sarah Fuller  
Director of special programmes  
Senior Health Programme  
Administrator  
PO Box 96239, Windhoek

## **MOZAMBIQUE**

Dr Paulo Ivo Garrido  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Maputo

Dr Kalumbi Shangula  
Permanent Secretary

Ms Magdaleena Nghatanga  
Director, Primary Health Care

Dra Gertrudes José Machatine  
Directora de Planificação e Cooperação  
Maputo

## **NIGER**

Dra Thania Pereira de Lima  
Directora de Saúde da Cidade de  
Pemba  
Cabo Delgado, Pemba

Mr Mahamane Kabaou  
Ministre de la Santé publique et de la  
Lutte contre les Endémies  
Chef de Délégation  
BP 623, Niamey

## **NAMIBIE**

Hon (Dr) Richard Nchabi Kamwi  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag 13198, Windhoek

Dr Fatimata Moussa  
Secrétaire général de la Santé publique  
et de la Lutte contre les Endémies  
Ministère de la Santé  
BP 623, Niamey

Mrs Elizabeth Muremi  
Director  
P/Bag 2094, Rundu

Mr Sadi Moussa  
Directeur de l'Hygiène publique et de  
l'Education pour la Santé  
Ministère de la Santé publique et de la  
Lutte contre les Endémies  
BP 619, Niamey

Dr Kachim Adam Kondo  
Directeur régional de la Santé publique  
de Diffa Niger  
BP 623, Niamey

Dr Ousmane Ibrahim  
Coordonnateur du Programme  
national de Lutte contre le Paludisme  
BP 623, Niamey

## **NIGÉRIA**

Prof Eyitayo Lambo  
Hon Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Nyinongo Kenneth Korve  
General Manager  
Policy, Planning and Monitoring  
Federal Ministry of Health

HE Mr Olusegun Akinsanya  
Ambassador of Nigeria to Ethiopia  
PO Box 1019, Addis Ababa

Mr Abubakar Jidda  
Second Secretary, Embassy of Nigeria  
to Ethiopia  
PO Box 1019, Addis Ababa

Dr Shehu Sule  
Director, Community Development  
and Population Activities  
Federal Ministry of Health

Dr A. Nasidi  
Director, Special Duties  
Federal Ministry of Health

Mr Laja Abereoran  
Personal Assistant to the Hon Minister

Mrs Moji Makanjuola  
Health Correspondent  
Nigerian Television Authority

Dr Edugie Abebe  
Interim Coordinator  
Chief Executive NP

Dr David Malgwi  
National Programme on Immunisation  
Plot 1266 Ahmadu Belld Way  
Garki Area III

Dr Dogo Mohammad  
Coordinator, National  
Health Insurance Scheme  
Federal Ministry of Health

Mr Godwin Odemijie  
Health Correspondent  
Federal Radio Corporation of Nigeria

Mr Emmanuel Ugoji  
News Agency of Nigeria

Mr Collins Olayinka  
The Guardian Newspapers

Dr Jonathan Yisa Jiya  
Member, Director health Planning

Mr P. E. H. I. Okuonghae  
Minister Plenipotentiary, Embassy of  
Nigeria, Addis Abéba

Mrs A. J. Fasanya  
Deputy General Manager

Mr A. Abereeran  
Personal Assistant to Hon. Minister

Mr T. I. Koleoso-Adelekan  
Director, Health Systems Dev

Mr S. Mahdi  
Executive Director

#### **RWANDA**

Dr Jean Damascène Ntawukuliryayo  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Kigali

Dr Daniel Ngamije  
Directeur du Programme national  
intégré de Lutte contre le Paludisme  
Kigali

#### **SAO TOMÉ ET PRINCIPE**

Dr Arlindo Vicente de Assunção  
Carvalho  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
São Tomé

Dr José Manuel Carvalho  
Director dos Cuidados de Saúde  
São Tomé

Dr A. Maria da Conceição dos Reis  
Ferreira  
Directora do Centro Nacional de  
Endemias  
São Tomé

#### **SÉNÉGAL**

Mr Abdou Fall  
Ministre de la Santé et de la Prévention  
médicale  
Chef de Délégation  
BP 4024, Dakar

Prof Oumar Faye  
Directeur de la Santé  
Ministère de la Santé  
BP 4024, Dakar

Dr Abdoulaye Ly  
Conseiller technique N°2  
Ministère de la Santé  
BP 28571, Dakar

Mr Racine Talla  
Chef de Service national de l'Education  
et de l'Information pour la Santé  
BP 4024, Dakar

M. P. Diop  
Conseiller à l'Ambassade du Sénégal  
Addis Abéba – Éthiopie

#### **SEYCHELLES**

Hon Mrs Macsuzy H. J. Mondon  
Minister of Health  
Head of Delgation  
PO Box 52, Victoria

Dr Andre Bernard Valentin  
Director General for Health Planning  
and Information  
PO Box 52, Victoria

#### **SIERRA LEONE**

Hon (Mrs) Abator Thomas  
Minister of Health and Sanitation  
Head of Delegation  
Freetown

Dr Arthur Clement Williams  
Ag. Director General Medical Services  
Ministry of Health  
Freetown

Dr Prince Albert Taiwo Roberts  
Director of Primary Health Care  
Freetown

#### **AFRIQUE DU SUD**

Dr Mantombazana Tshabalala-  
Msimang  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag X399, Pretoria

Dr Karmani Saravana Chetty  
Deputy-Director General  
Health Service Delivery

Dr D. P. Moonasar  
Deputy Director Vector Borne Diseases

Dr Judith Ntombenhle Ngcobo  
Technical Specialist, EPI  
Department of Health  
Private X828, Pretoria

Dr Anban Pillay  
Director, Pharmaceutical Economic  
Evaluation

Mr Devanand Moonasar  
Deputy Director  
Vector Borne Diseases  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Christelle C Kotzenberg  
Chief Director Noncommunicable  
Diseases, Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Dr Elizabeth Lindiwe Makubalo  
Health Information Systems  
Chief Director, Epidemiology and  
Research  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Mandisa Hela  
Acting Cluster Manager, Medicine  
Regulation Affairs and  
Pharmaceutical, Policy and Planning  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Reinet Mohlabi  
Director, Child and Youth Health  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Sibongile Baba  
Minister's Personal Assistant

Mr Charity Bhengu  
Communications Officer

Ms Nadia Minty  
Deputy Director, Development  
Cooperation

Dr Phetsile K. Dlamini  
NEPAD Coordinator  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Mr Bryan Bench  
Deputy Director, Protocol

Mr Moeketsi Motsapi  
Director, Legal Services

Mr Anele Homani  
Parliamentary Officer, Eastern Cape

Ms Mokgadi Phokojoje  
Director, HIV, AIDS, STIs and TB

#### **SWAZILAND**

Mabuza Welcome Mabuza  
Hon Minister of Health and Social  
Welfare  
PO Box 5, Mbabane

Ms Nomathemba M Dlamini  
Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 5, Mbabane

Dr C. Mabuza  
Director, Ministry of Health  
PO Box 5, Mbabane

Careton M. Dlamini  
Ambassador of Swaziland to Ethiopia  
Addis Ababa

#### **TOGO**

Mme Suzanne Aho-Assouma  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 386, Lomé

Dr P. Tchamdja  
Directeur général de la Santé  
BP 336, Lomé

#### **UGANDA**

Dr Sam Zaramba  
Director General of Health Services  
PO Box 7272, Kampala

Mr Paul Kagwa  
Ministry of Health  
PO Box 7272, Kampala

Dr Stephen Mallinga  
Minister of Health  
PO Box 7272, Kampala

Dr Alex Opio  
Assistant Commissioner  
National Diseases Control  
PO Box 7272, Kampala

Ms Betty Namubiru  
Second Secretary, Uganda Embassy  
PO Box 7272, Kampala

Mr Mohamed Kezaala  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Head of Delegation  
PO Box 7272, Kampala

Dr Francis Runumi  
Commissioner Health Services  
Planning  
PO Box 7272, Kampala

Mr Paul Gagwa  
Assistant Commissioner, Health  
Services, Health Promotion and  
Education  
PO Box 7272, Kampala

#### **RÉPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE**

Aisha Omar Kigoda  
Deputy Minister and Social Welfare  
Head of Delegation  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Dr Zachery Anthony Berege  
Director of Hospital Services  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Dr Raphael BM Kalinga  
Director, Preventive Services  
Ministry of Health and Social  
Welfare  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Sultan Muhamed Mugheiry  
Minister of Health and Social Welfare  
PO Box 233, Zanzibar

Dr Marero Mufungo Wanjara  
Ag. Malaria Programme Manager  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Prof. W. Kilama  
Managing trustee

#### **ZAMBIE**

Dr Velepi C. Mtonga  
Head of Delegation  
Director, Technical and Support  
Services  
PO Box 260-1-256938, Lusaka

Mr D. Makasa Chimfuwembe  
Director, Planning and Development  
PO Box 30205, Lusaka

Mrs B. Mkuyamba  
Assistant Director, Human Resources  
Management and Development  
PO Box 30205, Lusaka

## ZIMBABWE

Dr P.D. Parirenyatwa  
Hon. Minister of Health and Child  
Welfare  
Head of Delegation  
PO Cox CY 1122 Causeway – Harare

Dr E.T. Mabiza  
Permanent Secretary of Health and  
Child Welfare  
PO Box CY 1122 Causeway – Harare

Dr S. Munyaradzi Midzi  
Director, Disease Prevention and  
Control  
PO Box CY 1122 – Harare  
Mr Ziyera Kingstone  
Counsellor, Embassy of Zimbabwe  
PO Box CY 1122 – Harare

Mrs M. Sibanda  
Finance Director  
PO Box CY 1122 Causeway - Harare

Dr P. Tumusiime  
Medical Officer, DHS/ICST/HSP for  
ESA

## 2. REPRÉSENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES

### Programme alimentaire mondial (PAM)

Dr Talib Ali Elam  
Regional Animal Health Officer  
Cairo, Egypt

### Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Mrs Fama Hane-Ba  
Director, Africa Division

Mr Luc de Bernis  
Senior Maternal Health Advisor  
Africa Division

### Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Mr Per Engebak  
Regional Director  
UNICEF/ESARO  
Nairobi, Kenya

Dr Mrs Esther Guluma  
Regional Director, UNICEF/WCARO  
Senegal

Mr Ayalew Abai  
UNICEF Representative, Nigeria

Mr Pascal Villeneuve  
Chief of Health/UNICEF Headquarters  
New York

Dr Kopano Mukelabai  
Senior Health Adviser  
UNICEF, New York

<sup>0</sup> Nairobi  
Mr Netsanel Walelign  
Child Survival Project Officer  
Madagascar

Dr Rudol Korippenberg  
Principal Health Adviser  
UNICEF, New York

#### **Banque mondiale**

Dr OK Pannenberg  
Senior Health Advisor

Dr Nankani  
Vice President  
New York

#### **Organisation internationale pour les Migrations (OIM)**

Dr Davide Mosca  
Regional Medical Officer  
PO Box 55040, Nairobi, Kenya

#### **Programme commun des Nations Unies sur le HIV/SIDA (ONUSIDA)**

Dr Meskerem Grunitzky Bekele  
Director of UNAIDS Regional Team  
for West and Central Africa  
Dakar, Sénégal

### **3. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATION INTERGOUVERNEMENTALES**

#### **Union africaine (UA)**

M. Alpha Konaré  
Président de la Commission  
Addis Abéba, Éthiopie

Dr Gaetan Rimwanguiya Ouédraogo  
Directeur du Bureau de l'OMS auprès  
de l'UA et de la CEA  
BP 3050, Addis Abéba, Éthiopie

Adv. Bience P. Gawanas  
Commissaire aux Affaires sociales  
Commission de l'Union africaine  
Addis Abéba, Éthiopie

#### **Commission de l'Union africaine (CUA)**

Mr Huphrey Geiseb  
Special Assistant to the Commissioner

Dr Grace Kalimugogo  
Head of AIDS Watch Africa

Dr Thomas Bisika  
Head of Health, Nutrition and  
Population

Dr Chisale Mhango  
Public Health Consultant

Dr Sason Kinyanjui  
Malaria Consultant

**Commission économique des Nations  
Unies pour l'Afrique**

M. Abdoulie Janneh  
Secrétaire exécutif  
Addis Abéba, Éthiopie

Dr Francisco F Songane  
Director  
Partnership for Maternal Health

**Programme africain de Lutte contre  
l'Onchocercose**

Dr V Uche Amazigo  
Directeur  
Ouagadougou, Burkina Faso

**4. REPRÉSENTANTS DES  
ORGANISATIONS NON  
GOUVERNEMENTALES**

**Rotary Foundation Polio Plus**

Shifarrow Bizuneh  
NPPC Chair

**Conseil international des Infirmières  
(CII)**

M. Abdurahman Ali Jibril  
Senior Executive Member

**Association de Fabricants de Produits  
pharmaceutiques (IFPMA)**

Mrs Lorinda Kroukamp  
Director of Corporate Affairs and  
Community  
Projects for Sub-Saharan Africa  
Geneva, Switzerland

**5. INVITÉS AUX SÉANCES  
SPÉCIALES**

Prof Robert Swanepoel  
Institute for Virology  
Sandringham, South Africa  
Dr Oyewale Tomori  
Redeemer's University  
Nigeria

Dr Jean-Vivien Mombouli  
Laboratoire national de Santé publique  
Brazzaville, Republic of Congo

Prof Muyembe-Tamfum  
Directeur de l'Institut national de  
Recherche Bio-Médicale  
République démocratique du Congo

Mr David De Ferranti  
Health Financing Task Force  
United Nations Foundation  
USA

Dr Inger K Damon  
USA

## **6. INVITÉ À LA DISCUSSION DE GROUPE**

Dr R Maharaj  
Deputy Director  
Malaria Programme, Medical Research  
Council  
South Africa

## **7. OBSERVATEURS ET INVITÉS D'HONNEUR**

M. Frédéric Goyet  
Chef du Bureau des Politiques de  
Santé  
Ministère des Affaires étrangères  
Direction des Politiques  
Paris

Dr Rory Domm  
United Nations & Commonwealth  
Department DFID, UK

Dr WR Steiger  
Special Assistant to the Secretary of  
Health and Human Services,  
Department of Health and Human  
Services  
USA

M. Samuel Adeniyi-Jones  
Director, African Region

Ms Mary Harvey  
USAID Africa Bureau  
USA

Dr Amir Bedri Kello  
International Representative Trachoma  
Initiative

Prof Kovin Naidoo  
IAPB Regional Co-Chair for Africa  
P. O. Box 4092, Chatsworth  
South Africa

Dr Attala H Bashir  
Executive Secretary, IGAD  
Djibouti

Mr J. E. O. Mwencha  
Secretary General, COMESA  
Lusaka

Dr Steven V. Shongwe  
Executive Secretary, CRHCS-ECSA  
Tanzania

Dr Kabba T Joiner  
The Director General  
WAHO-OOAS

Ex. President Jorge Sampaio  
UN Special Envoy to Stop TB  
Portugal

Mr Simon Robbins  
UK Health Services Support for Health  
England

Mr Lord Nigel Crisp  
UK Health Services Support for Health  
England

Dr Xavier Leus  
Director, WHO Office to World Bank  
International Monetary Fund  
USA

Ms Imogen Sharp  
Health Services, Department of Health

Prof Firmino Mucavele  
Executive Head of NEPAD  
South Africa

Dr Tomaz Augusto Salomao  
Executive Secretary  
SADC, South African  
Development Community  
Gaborone, Botswana

Dr Jean-Jacques Moka  
Secrétaire général, OCEAC  
Yaounde, Cameroon

Mr Fulgence Likassi Bokamba  
Directeur de Cabinet  
Yaounde, Cameroon

Mr Kenzo Kiikuni  
Charmain  
Sasakawa Memorial Health  
Foundation  
Japan

Dr P. Mocumbi  
Goodwill Ambassador  
for Maternal Newborn and Child  
Health African Region

Prof Adewike Olufunmalayo Grange  
Yaba, Lagos, Nigeria

Dr Kassauun Belay  
USAID/Ethiopia Child Survival  
Advisor  
PO Box 1014, Addis Ababa  
Ethiopia

Dr Tshinko Ilunga  
African Development Bank  
Health Division Manager  
c/o BAD – ATR, BP 323  
1002 Tunis Belvedere  
Tunisia

Prof Adenike Olatoke Abiose  
Africa Regional Chair, International  
Agency for Prevention of Blindness  
PO Box 29771, Ibadan  
Nigeria

Mr Joseph Mthetwa  
Senior Programme Manager for Health  
and Pharmaceuticals  
SADC Secretariat  
P/Bag 0095, Gaborone  
Botswana

Mrs Jeanine Cooper  
Humanitarian Affairs Offices  
UN OCHA RSOCEA  
PO Box 30218, Nairobi  
Kenya

Dr Koli Kouame  
Secretary of the International Narcotics  
Control Board  
UN Office, Vienna  
Austria

Miss Victoria Kimotho  
Health Policy and Advocacy  
African Medical and Research  
Foundation  
Nairobi, Kenya

Dr Hassen Nuru  
Head, Oromia Regional Health Bureau  
Addis Ababa, Ethiopia

## ANNEXE 2

### ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC56/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004–2005 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC56/2)
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
  - 7.1 Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC56/4)
  - 7.2 Ordres du jour de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional (document AFR/RC56/5)
  - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/6)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC56/3)
  - 8.1 Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006– 2009 (document AFR/RC56/7)

- 8.2 Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/8)
- 8.3 Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/9)
- 8.4 Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/10)
- 8.5 Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/11)
- 8.6 Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/12)
- 8.7 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/13)
- 8.8 Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/14)
- 8.9 Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/15)
- 8.10 Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques (document AFR/RC56/16)
- 8.11 La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/17)
9. Examen du projet de Plan stratégique à moyen terme 2008–2013 et du projet de Budget Programme 2008–2009 (document AFR/RC56/18)
10. Information

- 10.1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC56/INF.DOC/1)
- 10.2 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (document AFR/RC56/INF.DOC/2)
- 10.3 Rapport sur les ressources humaines dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/INF.DOC/3)
- 10.4 Situation actuelle de la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine (document AFR/RC56/INF.DOC/4)
- 10.5 Termes de référence de la réunion des Délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (AFR/RC56/INF.DOC/5)
  
11. Table ronde : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie (document AFR/RC56/RT/1)
  
12. Discussion de groupe : La lutte antipaludique dans la Région africaine : Expériences et perspectives (document AFR/RC56/PD/1)
  
13. Rapports de la Table ronde et du Groupe de discussion (document AFR/RC56/19)
  
14. Éradication de la variole : Destruction des stocks de virus variolique (document AFR/RC56/20)
  
15. Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional (document AFR/RC56/21)
  
16. Date et lieu de la Conférence ministérielle mondiale sur la recherche pour la santé 2008 (document AFR/RC56/22)
  
17. Date et lieu de la 7<sup>ème</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2009 (document AFR/RC56/23)
  
18. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC56/24)
  
19. Clôture de la cinquante-sixième session du Comité régional.

## PROGRAMME DE TRAVAIL

**1<sup>er</sup> JOUR : Lundi 28 août 2006**

9 h 00 – 11 h 50	<b>Point 1 de l'ordre du jour</b>	<b>Cérémonie d'ouverture officielle</b>
11 h 50 – 12 h 30	<b>Point 2 de l'ordre du jour</b>	Constitution du Sous-Comité des Désignations
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause : déjeuner</i>	
14 h 00 – 14 h 05	<b>Remarques d'ouverture</b>	
14 h 05 – 14 h 30	<b>Point 3 de l'ordre du jour</b>	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC56/1)
	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
14 h 30 – 15 h 00	<b>Point 6 de l'ordre du jour</b>	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004–2005 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC56/2)
15 h 00 – 15 h 30	<i>Pause : café et fruits</i>	
15 h 30 – 16 h 30	<b>Point 6 de l'ordre du jour</b>	(suite)
16 h 30 – 16 h 45	Intervention d'un conférencier	M. Per Engebak, Directeur régional de l'UNICEF/ESARO
16 h 45 – 17 h 00	Intervention d'un conférencier	Dr Gobind Nankani, Vice-Président de la Banque mondiale, chargé de l'Afrique
18 h 30	<b>Réception par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique</b>	

**2<sup>ème</sup> JOUR : Mardi 29 août 2006**

9 h 00 – 10 h 30	<b>Point 7 de l'ordre du jour</b>	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
	<b>Point 7.1 de l'ordre du jour</b>	Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC56/4)
	<b>Point 7.2 de l'ordre du jour</b>	Ordres du jour de la cent-vingtième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional (document AFR/RC56/5)
	<b>Point 7.3 de l'ordre du jour</b>	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/6)
	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b>	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC56/3)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause : café et fruits</i>	
11 h 00 – 12 h30	<b>Point 8.1 de l'ordre du jour</b>	Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009 (document AFR/RC56/7)

- Point 8.2 de l'ordre du jour** Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/8)
- 12 h 30 – 14 h 00 *Pause : déjeuner*
- 14 h 00 – 15 h 30 **Point 8.3 de l'ordre du jour** Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/9)
- Point 8.4 de l'ordre du jour** Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/10)
- 15 h 30 – 16 h 00 *Pause : café et fruits*
- 16 h 00 – 18 h 00 Réunion spéciale des Ministres de la Santé (*à huis clos*)
- 18 h 30 **Réception offerte par le Gouvernement de la République fédérale démocratique d'Éthiopie**

**3<sup>ème</sup> JOUR : Mercredi 30 août 2006**

- 9 h 00 – 10 h 30 **Point 8.5 de l'ordre du jour** Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/11)
- Point 8.6 de l'ordre du jour** Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/12)

	<b>Point 8.7 de l'ordre du jour</b>	Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/13)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause : café et fruits</i>	
11 h 00 – 12 h 30	<b>Point 8.8 de l'ordre du jour</b>	Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/14)
	<b>Point 8.10 de l'ordre du jour</b>	Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques (document AFR/RC56/16)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause : déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	<b>Point 8.9 de l'ordre du jour</b>	Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/15)
	<b>Point 8.11 de l'ordre du jour</b>	La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/17)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause : café et fruits</i>	
16 h 00 – 17 h 00	<b>Séance spéciale</b>	État des lieux de la recherche sur le virus variolique

18 h 30 – 19 h 30	<b>Point 10 de l'ordre du jour</b>	Information
	<b>Point 10.1 de l'ordre du jour</b>	Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC56/INF.DOC/1)
	<b>Point 10.2 de l'ordre du jour</b>	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (document AFR/RC56/INF.DOC/2)
	<b>Point 10.3 de l'ordre du jour</b>	Rapport sur les ressources humaines dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/INF.DOC/3)
	<b>Point 10.4 de l'ordre du jour</b>	Situation actuelle de la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine (document AFR/RC56/INF.DOC/4)
	<b>Point 10.5 de l'ordre du jour</b>	Termes de référence de la réunion des Délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC56/INF.DOC/5)
19 h 30 – 20 h 30	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b>	Examen du projet de Plan stratégique à moyen terme et du projet de Budget Programme 2008–2009 (document AFR/RC56/18)

**4<sup>ème</sup> JOUR : Jeudi 31 août 2006**

9 h 00 – 10 h 30	<b>Point 14 de l'ordre du jour</b>	Éradication de la variole : Destruction des stocks de virus variologique (document AFR/RC56/20)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause : café et fruits</i>	
11 h 00 – 13 h 00	<b>Point 11 de l'ordre du jour</b>	<b>Table ronde</b> : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie (document AFR/RC56/RT/1)
11 h 00 – 13 h 00	<b>Point 12 de l'ordre du jour</b>	<b>Discussion de groupe</b> : La lutte antipaludique dans la Région africaine : Expériences et perspectives (document AFR/RC56/PD/1)
13 h 00 – 14 h 30	<i>Pause : déjeuner</i>	
14 h 30 – 15 h 00	<b>Point 13 de l'ordre du jour</b>	Rapports de la Table ronde et du Groupe de discussion (document AFR/RC56/19)
15 h 00 – 15 h 30	<b>Point 15 de l'ordre du jour</b>	Dates et lieux des cinquante- septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional (document AFR/RC56/21)
	<b>Point 16 de l'ordre du jour</b>	Date et lieu de la Conférence ministérielle mondiale sur la Recherche en Santé 2008 (document AFR/RC56/22)

**Point 17 de l'ordre du jour**      Date et lieu de la 7<sup>ème</sup> Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé en 2009 (document AFR/RC56/23)

15 h 30 – 16 h 00    *Pause : café et fruits*

16 h 00 – 17 h 30    (Suite)

**5<sup>ème</sup> JOUR : Vendredi 1<sup>er</sup> septembre 2006**

9 h 00 – 10 h 30    **Séance spéciale :** Réunion de suivi de haut niveau sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement – Séance d'information sur les résultats

10 h 30                *Pause*

16 h 00 – 17 h 00    **Point 18 de l'ordre du jour**      Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC56/24)

**Point 19 de l'ordre du jour**      Clôture de la cinquante-sixième session du Comité régional

## RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

### OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo), du 6 au 9 juin 2006.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP) et au membre africain du Conseil exécutif de l'OMS.
3. Le Directeur régional a ensuite invité les participants à la réunion à observer une minute de silence en mémoire du regretté Directeur général de l'OMS, le Dr Lee Jong-wook, décédé le 22 mai 2006. Il a également informé les membres que le processus d'élection du nouveau Directeur général avait déjà commencé, et le nouveau Directeur général devrait être élu le 9 novembre 2006.
4. Le Directeur régional a ensuite rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme l'importance de leurs fonctions dans la préparation des délibérations du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a souligné trois principales fonctions du SCP, à savoir : examiner les priorités régionales et les stratégies en matière de santé pour s'assurer qu'elles sont pertinentes par rapport aux priorités régionales et des pays; examiner les questions de gestion et proposer les voies et moyens de les améliorer; et conseiller le Directeur régional sur les questions importantes de santé publique dans la Région. Après avoir reconnu l'importance des points inscrits à l'ordre du jour, ainsi que l'expertise et l'expérience des membres du Sous-Comité du Programme, il a souhaité plein succès aux travaux du SCP.
5. À l'issue de la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et des Directeurs des Divisions du Bureau régional, le bureau de la réunion a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : Dr Shehu Sule (Nigeria)  
Vice-président : Dr Potougnima Tchamdja (Togo)  
Rapporteurs : Dr Jose Manuel Jesus Alves De Sousa Carvalho  
(Sao Tome & Principe)  
Dr Babacar Dramé (Sénégal)  
Dr Prince Albert T. Roberts (Sierra Leone)

6. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

7. Le Président, au nom de son pays, a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance placée en lui et a souligné le caractère opportun des sujets à débattre. Il a indiqué que la faiblesse des systèmes de santé constituait un défi majeur de santé publique, et a souligné la nécessité de renforcer, de suivre et d'évaluer les programmes.

8. L'ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) ont été examinés, et il a été proposé que le point 13 (Gestion des connaissances) devienne le point 12, immédiatement après le point 11 sur la recherche en santé. Cette proposition a été acceptée.

9. Il a également été proposé d'ajouter à l'ordre du jour deux points supplémentaires portant sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS (2008–2013) et sur les maladies non transmissibles. La clarification suivante a été apportée : étant donné que l'élaboration du Plan stratégique à moyen terme est en cours au niveau mondial, le document ne peut donc être examiné par le Sous-Comité du Programme. Néanmoins, il a été décidé de distribuer le document aux membres du SCP, pour information. La version finale sera mise à la disposition des membres avant la cinquante-sixième session du Comité régional, afin de recueillir leurs commentaires.

10. Tout en reconnaissant l'importance des maladies non transmissibles, le Secrétariat a informé les membres que l'ordre du jour comprenait déjà un point sur la drépanocytose, et que la précédente session du Comité régional avait discuté des maladies cardiovasculaires. Il est également prévu de débattre du diabète mellitus au cours de la cinquante-septième session du Comité régional.

11. L'ordre du jour a été adopté avec les amendements mentionnés ci-dessus. L'horaire de travail suivant a ensuite été adopté :

9 h 00 – 12 h 30 : y compris une pause-café de 30 minutes;  
12 h 30 – 14 h 00 : pause déjeuner;  
14 h 00 – 17 h 00.

## **PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION 2006 – 2009 (document AFR/RC56/PSC/3)**

12. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le plan stratégique régional pour le programme élargi de vaccination. Ce plan comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les objectifs, les cibles, les principes directeurs, les interventions prioritaires, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, et la conclusion.

13. Le document souligne que les maladies évitables par la vaccination représentent toujours une charge élevée de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles dans la Région africaine. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la stratégie intitulée «la vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006–2015». Le Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009 vise à améliorer la performance des programmes nationaux du PEV, à renforcer les systèmes de santé nationaux et à contribuer à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4.

14. La couverture régionale de la vaccination antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheuse (DTC3) est passée de 54 % en 1995 à 69 % en 2005. Concernant la poliomyélite, un seul pays de la Région demeure endémique. La mortalité due à la rougeole a en 2005 baissé d'environ 60 % par rapport à 1999, et 16 pays ont réussi à éliminer le tétanos maternel et néonatal. Le nombre de pays de la Région africaine ayant intégré la vaccination anti-marielle à leurs programmes de vaccination systématique est passé à 23. Huit pays seulement ont introduit le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* de type b dans leurs programmes. En dépit des progrès réalisés, environ 8 millions d'enfants africains n'avaient pas reçu tous les vaccins à la fin de 2004.

15. L'objectif général du plan stratégique du PEV est de prévenir la mortalité, la morbidité et l'invalidité dues aux maladies évitables par la vaccination. Les objectifs spécifiques sont les suivants : renforcer les programmes de vaccination centrés sur le district, afin d'améliorer l'accès et le recours aux services de vaccination; accélérer les efforts d'éradication de la poliomyélite, de maîtrise de la rougeole, d'élimination du

tétanos maternel et néonatal et de lutte contre la fièvre jaune; promouvoir des innovations, notamment en matière de recherche sur les vaccins et d'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés; améliorer la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections; systématiser l'accès à des services intégrés et maximiser les avantages pour les mères et les enfants participants aux séances de vaccination.

16. Le plan stratégique fixe les neuf cibles suivantes : au moins 80 % des pays atteindront un taux de couverture de 90 % par le DTC3 au niveau national; au moins 80 % des pays atteindront un taux de couverture de 80 % par le DTC3 dans tous les districts; il ne circulera aucun poliovirus sauvage associé à la paralysie flasque aiguë; la mortalité due à la rougeole devrait baisser d'au moins 90 %; au moins 80 % des pays auront éliminé le tétanos maternel et néonatal; dans tous les pays exposés au risque, la vaccination anti-tétanique systématique aura atteint un taux de couverture d'au moins 80 %, tous les pays auront intégré le vaccin contre l'hépatite B à leurs programmes nationaux de vaccination; tous les pays auront adopté des seringues autobloquantes ou des techniques d'injection tout aussi sûres; au moins 80 % des pays auront associé à la vaccination d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant.

17. Pour atteindre les cibles susmentionnées et maintenir durablement les acquis, les pays doivent mettre en œuvre les interventions prioritaires suivantes : optimiser l'accès à la vaccination par l'approche axée sur la couverture de la totalité des districts (RED); renforcer les capacités nécessaires et améliorer la participation communautaire; introduire des activités de vaccination complémentaires; mettre en place des politiques fondées sur des bases factuelles pour guider l'introduction des vaccins dans le cadre du PEV; garantir la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections; intégrer le PEV aux autres interventions en faveur de la survie de l'enfant.

18. Les rôles et les responsabilités des pays comprennent : l'élaboration de plans complets et pluriannuels pour le PEV; la promotion de la collaboration et des partenariats multisectoriels, la promotion de la formation, du recrutement et de la fidélisation des personnels de santé; la fourniture des ressources financières nécessaires pour la vaccination; la révision et la mise à jour des politiques et lignes directrices nationales du PEV. L'OMS et les partenaires soutiendront les pays en menant le plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires internationaux; en

fournissant l'appui technique, financier et matériel nécessaire pour les activités prioritaires; et en renforçant la coordination et les partenariats.

19. En dépit des récents progrès que les pays de la Région africaine ont réalisés dans le cadre du PEV, bon nombre d'enfants n'ont reçu qu'une partie des vaccins ou n'en ont pas reçu du tout. La Région africaine doit faire davantage de progrès pour atteindre les cibles mondiales et régionales.

20. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les observations générales suivantes pour améliorer le contenu du document :

- a) il est nécessaire d'ajouter une brève section consacrée au financement du plan stratégique, en recommandant vivement que les gouvernements prennent progressivement en charge le financement du PEV pour en garantir la viabilité;
- b) dans la version portugaise, DTT3 doit être remplacé par DPT3 dans tout le document;
- c) il est nécessaire de souligner l'importance de la participation communautaire à la planification au niveau du district. En conséquence, le document doit souligner la nécessité de faire campagne en faveur de l'intensification à une plus grande échelle de l'approche axée sur la couverture de la totalité des districts;
- d) Le PEV doit compléter la stratégie de la survie de l'enfant par une approche intégrée.

21. Le Sous-Comité a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans le résumé d'orientation, il est nécessaire de mettre en évidence les contraintes sectorielles associées aux questions politiques et financières, aux infrastructures et à l'équipement. En outre, il est indispensable de mettre en place/renforcer le système de suivi et d'évaluation, la gestion et la fidélisation des ressources humaines pour la santé;

- b) dans la version française, on devrait lire pour la période mentionnée au paragraphe 3 : «2006-2009»;
- c) dans l'analyse de la situation : i) préciser les leçons tirées de la mise en œuvre du précédent plan stratégique pour le PEV; ii) tenir compte du fait que la durabilité des acquis du PEV dépend de facteurs culturels et d'une participation communautaire active; iii) dans la version française, au paragraphe 6, supprimer «*d'entre eux*» et remplacer par «*est passé d'un seul pays en 2000 à 37 en 2004*»; iv) au paragraphe 4, mettre en lumière les disparités entre les pays et à l'intérieur des pays; v) au paragraphe 5, séparer les aspects épidémiologiques des nouveaux vaccins et enrichir ce paragraphe par l'inclusion de données épidémiologiques pour d'autres maladies évitables par la vaccination;
- d) dans Objectifs, mentionner la nécessité de renforcer la surveillance basée sur les cas comme moyen de suivi; ii) dans la version portugaise, paragraphe 1, après les mots «*tendo havido*» remplacer le terme «*quebra*» par «*reduçao*»; iii) ajouter un nouvel objectif comme suit : «f) aider les pays à maintenir le niveau de couverture vaccinale atteint»; iv) au point 10 d), séparer la «*gestion des vaccins*» de la «*sécurité des vaccinations*», et mettre l'action sur la gestion des vaccins; (v) il importe qu'il y ait une cohérence entre l'objectif 10 e) et l'analyse de la situation;
- e) dans Cibles : i) ajouter une cible pour *l'Haemophilus influenzae*; ii) au paragraphe 11 d), indiquer la situation de la mortalité en 1999; iii) au paragraphe 11 i), il faut être plus précis pour ce qui est des autres interventions en faveur de la survie de l'enfant;
- f) dans Interventions prioritaires : i) au paragraphe 18, insérer l'expression «*évitable par vaccination*» après l'expression «*l'action menée contre la maladie*»; ii) dans la version portugaise, au paragraphe 20, après le terme «*gestao*» remplacer le mot «*vicinal*» par «*de vacina*», et à la seconde ligne, remplacer le mot «*das*» par «*de*» après «*desenvolvimento*»; iii) au paragraphe 21, ajouter la contribution du secteur privé à l'extension de la couverture vaccinale;

- g) dans Rôles et responsabilités : i) au paragraphe 22 d), remplacer les termes «fournissent des» par «accroissent les»; ii) au paragraphe 23, ajouter d) continuer d'assurer l'impulsion et l'administration générale en ce qui concerne le PEV (notamment, l'OMS), et «e) maintenir la couverture atteinte par le PEV»;
- h) dans Surveillance et évaluation, ajuster la durée des évaluations à 2 ans. Il est nécessaire d'ajouter des indicateurs ayant trait à l'intégration du PEV aux autres programmes prioritaires.

22. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour enrichir et mettre en forme définitive le document dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Le Directeur régional a souligné la pertinence des contributions des membres du Sous-Comité du Programme et a mis l'accent sur la nécessité de mentionner les leçons apprises dans l'analyse de la situation et d'ajouter une section sur le financement du plan stratégique. Il a précisé que les objectifs et les cibles mentionnés dans le document se rapportent aux États Membres et que le rôle de l'OMS est de fournir un appui. Il a souligné que le gouvernement devrait jouer un grand rôle dans la fourniture de vaccins. Il a admis que l'harmonisation des programmes prioritaires au niveau local était d'une importance fondamentale.

23. Le Sous-Comité a recommandé le document avec les amendements et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/1) sur le sujet, à soumettre au Comité régional pour adoption.

#### **SURVIE DE L'ENFANT : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC56/PSC/9)

24. Le Dr Tigest Ketsela, du Secrétariat, a présenté le document sur la stratégie régionale de la survie de l'enfant. Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, la stratégie régionale (objectifs, principes directeurs, approches stratégiques, interventions prioritaires, cadre de mise en œuvre, rôles et responsabilités, suivi et évaluation), et la conclusion.

25. Le document définit la survie de l'enfant et passe en revue la charge de morbidité et de mortalité chez les moins de cinq; les conventions et les traités

internationaux relatifs au droit inhérent de l'enfant à la vie; les Objectifs du Millénaire pour le Développement (en particulier les objectifs 1, 4 et 5); l'existence d'interventions efficaces; et les chartes, stratégies et déclarations régionales.

26. Au cours de la décennie 1990-2000, le taux de mortalité infantile a baissé de 6 % dans la Région africaine. Les maladies infectieuses étaient les principales causes de cette mortalité. La pauvreté, la situation socioéconomique, les facteurs culturels et la malnutrition ont également joué un rôle majeur dans la morbidité et la mortalité infantiles. Il existe actuellement des interventions efficaces pour réduire la charge de morbidité; la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est l'une des principales stratégies efficaces de prestation de ces interventions. Cette stratégie doit être mise en œuvre toute la durée du cycle de vie.

27. L'objectif de la stratégie de la survie de l'enfant est de réduire la mortalité néonatale et infantile conformément à l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4, en faisant en sorte qu'un ensemble déterminé d'interventions efficaces permette d'atteindre des taux de couverture élevés. Le document propose un certain nombre d'approches stratégiques : plaider pour l'harmonisation des objectifs et des programmes d'action en faveur de la survie de l'enfant; renforcement des systèmes de santé; responsabilisation des familles et des communautés; organisation de partenariats opérationnels pour mettre en œuvre des interventions prometteuses, sous la conduite du gouvernement, et mobilisation des ressources.

28. Les interventions prioritaires proposées comprennent les soins au nouveau-né; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'apport en nutriments et le déparasitage; la prévention et le traitement rapide du paludisme; la vaccination; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la prise en charge des maladies courantes de l'enfant; et le traitement de l'enfant exposé au VIH ou infecté par ce virus. Le document fournit également un cadre de mise en œuvre.

29. Afin de mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées, les pays devront élaborer des politiques et des stratégies, mais également renforcer leurs capacités, y compris dans le domaine de la mobilisation sociale. L'OMS et les autres partenaires devront pour leur part soutenir les efforts des pays par le plaidoyer, l'appui technique et la coordination.

30. La stratégie de la survie de l'enfant repose sur une approche globale de la survie, de la croissance et du développement de l'enfant pour la vie durant. Etant donné que les enfants représentent l'avenir de l'Afrique, il est urgent et nécessaire de faire preuve d'un ferme engagement dans l'établissement des priorités et l'accélération de la mise en œuvre des interventions efficaces disponibles, en veillant à ce que les taux de couverture soient élevés.

31. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration de ce document bien structuré. Ils ont fait les observations générales suivantes pour améliorer le document :

- a) bien que la pauvreté et les autres déterminants sociaux soient mentionnés dans le document, il est plus indiqué de mettre davantage l'accent sur la pauvreté, l'éducation et la famine;
- b) le continuum des soins et l'intégration des services de santé maternelle et infantile sont importants pour garantir l'efficacité et l'efficience des services;
- c) il est important d'aborder la question de la structure organisationnelle des ministères de la santé et des systèmes de prestation des services de santé, afin de promouvoir l'intégration et le continuum des soins.

32. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'introduction, au paragraphe 7, mentionner également la réunion sur la survie de l'enfant, tenue en décembre 2005 à Londres;
- b) dans la Stratégie régionale : i) Objectif, remplacer « réduire » par « accélérer la réduction de»; ii) Principes directeurs, paragraphe 21 f), inclure une phrase indiquant que les partenariats peuvent contribuer à la pérennisation des interventions; iii) dans Approches stratégiques 22 c), penser aussi à inclure la prévention du VIH, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de la salubrité, en tant que composantes de la PCIME au niveau communautaire; au paragraphe 22 e), ajouter une phrase sur l'utilisation intégrée des ressources pour la survie de l'enfant; iv) dans Paquet de services essentiels, au paragraphe 27, considérer la vaccination comme point de départ

des soins postnatals; v) dans Cadre de mise en œuvre, version française, paragraphe 30 b), remplacer *accoucheuses et accoucheur* par *sages-femmes ou maïeuticiens*, et ajouter *agents de santé communautaire*; au paragraphe 31 b) inclure les soins obstétriques d'urgence en tant que partie intégrante du paquet élargi; le paragraphe 31 de la version portugaise devra être révisé pour rendre fidèlement le texte original;

- c) dans les Rôles et responsabilités : au paragraphe 33, voir s'il faut inclure l'échange d'expériences entre pays; au paragraphe 33 a) ajouter «intensification des interventions à une plus grande échelle» à la fin; aux paragraphes 33 e) et 34 d), examiner la possibilité d'omettre «opérationnel»;
- d) dans le Suivi et l'évaluation, au paragraphe 35, voir si l'on peut fixer une périodicité pour les évaluations (par exemple, tous les deux ans).

33. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs suggestions qui serviront à finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Il leur a donné l'assurance que les amendements proposés seront pris en considération. Une clarification a également été donnée sur le titre du document. Il a été limité à la survie de l'enfant parce que le document concerne la mortalité de l'enfant; et ceci avait également fait l'objet d'un accord entre l'OMS et les partenaires.

34. Le Secrétariat a également informé les participants que le document a été préparé en collaboration avec l'UNICEF et a été accepté par la Banque mondiale. L'étape suivante est celle de la discussion, de l'adoption et de l'appropriation de la stratégie par les pays.

35. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/5), à soumettre au Comité régional pour adoption.

#### **PRÉVENTION DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE : STRATÉGIE D'INTENSIFICATION ET D'ACCÉLÉRATION** (document AFR/RC56/PSC/4)

36. Le Dr Antoine Kabore, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et

d'accélération». Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les objectifs, les principes directeurs, les approches stratégiques, les rôles et responsabilités, la surveillance et l'évaluation, et la conclusion.

37. En 1996, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale sur le VIH, qui a réaffirmé le rôle majeur du secteur de la santé dans la prévention de l'infection à VIH. En dépit des ressources et des efforts investis dans la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH, la tendance de l'incidence de l'infection à VIH est à la hausse. En conséquence, il est peu probable que l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 6 soit atteint. Compte tenu de la nécessité de renforcer les mesures visant à contenir la propagation du VIH, une résolution sur l'accélération de la prévention de l'infection à VIH a été adoptée. Les initiatives en cours et les engagements actuellement pris au niveau mondial contribuent à l'avènement d'un environnement favorable permettant la mise à l'échelle des efforts de prévention de l'infection à VIH dans la Région. Le document de stratégie propose les interventions et actions clés pour accélérer la prévention de l'infection à VIH.

38. Quelque 3,2 millions (65 %) des 4,9 millions de nouvelles infections par le VIH survenues à l'échelle mondiale en 2005 ont été enregistrées en Afrique subsaharienne. La couverture par les services de prévention de l'infection à VIH demeure faible : 7 % pour les services de conseils et de dépistage volontaires, et 5 % pour les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Les comportements à haut risque sont encore courants : le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque n'est que d'environ 20 %. Les efforts déployés pour accélérer la prévention de l'infection à VIH et progresser vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins sont encore entravés par de nombreux obstacles. Toutefois, il existe plusieurs opportunités pour la mise à l'échelle des interventions complètes de lutte contre le VIH.

39. L'objectif général de la nouvelle stratégie de prévention de l'infection à VIH est d'accélérer la prévention et de réduire l'impact du VIH/SIDA, dans le contexte de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Les objectifs spécifiques sont les suivants : améliorer l'accès aux interventions de prévention de l'infection à VIH ; améliorer l'accès à des interventions complètes contre le VIH/SIDA ; plaider en faveur de l'accroissement des ressources ; et promouvoir tout environnement favorable à la prévention de l'infection à VIH. Les efforts déployés pour réaliser ces objectifs doivent être guidés par les principes suivants : approche

fondée sur les droits de l'homme; adaptation des interventions dont l'efficacité est établie; continuum des services de prévention et de soins; participation communautaire; principe des «Three ones»; et pérennisation et responsabilité.

40. Le document propose un certain nombre d'approches stratégiques : créer un environnement politique favorable; étendre et intensifier les interventions efficaces de prévention de l'infection à VIH; associer la prévention, le traitement, les soins et le soutien pour en faire un ensemble d'interventions essentielles contre le VIH/SIDA; améliorer l'accès par la mise à l'échelle des interventions et l'adoption, au niveau national, d'une approche simplifiée axée sur la santé publique; renforcer les systèmes de santé pour faire face à la demande croissante; et accroître et maintenir durablement les ressources financières.

41. Les pays devront élaborer des plans; mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation; et assurer la coordination des partenaires. L'OMS et les autres partenaires fourniront un appui technique et des orientations normatives aux pays, en plus de renforcer les capacités de ceux-ci dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre et de la mobilisation des ressources. L'adaptation et la mise en œuvre d'une stratégie efficace d'intensification et d'accélération de la prévention de l'infection à VIH, telle que soulignée dans le document, contribueront à réduire sensiblement l'incidence du VIH/SIDA, ainsi que la morbidité et la mortalité y afférentes dans la Région africaine.

42. Les membres du Sous-Comité ont rappelé les tendances actuelles de l'épidémie du VIH/SIDA et les interventions mises en œuvre dans leurs pays. Ils se sont félicités du caractère complet, pertinent et opportun, ainsi que de la qualité du document. Toutefois, ils ont fait des observations générales sur la nécessité d'impliquer d'autres secteurs, outre le secteur de la santé, aux activités de prévention du VIH/SIDA, et d'affirmer clairement le leadership des ministères de la santé dans la prévention de l'infection à VIH.

43. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivantes :

- a) au paragraphe 2, remplacer en anglais «*rethink*» par «*reshape*»;

- b) au paragraphe 8, introduire l'intervalle pour le taux de prévalence de l'infection à VIH, après le taux de prévalence global de 7,2 %;
- c) le paragraphe 11 a) devrait être plus précis et tenir compte des questions soulevées au paragraphe 16;
- d) le paragraphe 11 f) devrait inclure la coordination des partenariats en vue de l'utilisation efficace des ressources fournies par les partenaires;
- e) dans Objectifs : il convient de faire une distinction entre les objectifs et les cibles qui devraient également être plus réalistes, mesurables et à base factuelle ; le contenu des objectifs spécifiques devrait être clarifié selon qu'il s'agit de l'accès ou de l'utilisation;
- f) ajouter au paragraphe 13 a), «conseils et dépistage systématiques, par exemple pour les patients tuberculeux»;
- g) lignes directrices : au paragraphe 14 a), ajouter « criminalisation de la transmission consciente du VIH et de la violence sexuelle, particulièrement contre les enfants et dans les situations de conflit»;
- h) approches stratégiques : au paragraphe 16, tenir compte de la proposition faite ci-dessus au paragraphe 14 a);
- i) le paragraphe 22 doit être équilibré, sur le plan du genre, en ajoutant les hommes; ajouter une phrase montrant les liens entre les soins anténatals, les soins postnatals et la PTME;
- j) le paragraphe 25 devrait inclure l'utilisation des préservatifs (y compris les préservatifs féminins) par les travailleurs du sexe et leurs clients ; la promotion de l'utilisation du préservatif concerne l'ensemble de la société et non le seul secteur de santé;
- k) au paragraphe 39, supprimer la deuxième phrase concernant le paiement de frais par les usagers, mais maintenir la note de bas de page (14);

- l) rôles et responsabilités : insister sur le rôle des gouvernements en matière d'administration, de leadership et de coordination; les ministères de la santé devraient fournir des orientations techniques dans le cadre de la collaboration intersectorielle;
- m) conclusion : au paragraphe 46, ajouter «soins et soutien» après «traitement» dans la dernière phrase;
- n) le Résumé d'orientation doit refléter l'inadéquation de l'environnement politique.

44. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leurs précieux commentaires et suggestions qui serviront à améliorer la qualité du document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été fournies sur les diverses questions soulevées au cours des discussions. Il a été expliqué que le paragraphe 4 se référait à l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010. En outre, les cibles proposées ont pour base l'engagement de Gleneagles, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le Secrétariat a estimé que l'optimisme était permis quant à la réalisation des objectifs fixés, en raison des expériences positives antérieures, mais il a ajouté que tout dépendra de la disponibilité des ressources. Sur la question de la criminalisation de la transmission consciente du VIH, il a attiré l'attention sur la nécessité de discussions pertinentes à ce sujet, sur la base des cadres juridiques en place dans les pays.

45. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/2), à soumettre au Comité régional, pour adoption.

#### **PAUVRETÉ, COMMERCE ET SANTÉ : UN PROBLÈME DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ÉMERGENT (document AFR/RC56/PSC/5)**

46. Le Dr Chris N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document sur la pauvreté, le commerce et la santé. Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les perspectives et la conclusion.

47. Le document souligne le fait que par le biais du capital humain et de la productivité de la main-d'œuvre, il existe des corrélations entre la santé, le commerce et le développement. La libéralisation du commerce est un défi majeur au développement global et aux efforts de réduction de la pauvreté; il est devenu un important enjeu pour les secteurs de la santé des divers pays. L'Accord général sur le Commerce des Services (GATS) invite les pays membres de l'Organisation mondiale du Commerce à libéraliser progressivement le commerce des services, y compris les services relatifs à la santé. Il est nécessaire de mieux percevoir les implications de l'essor du commerce des services de santé, plus particulièrement en ce qui concerne les objectifs sociaux et de développement.

48. Le GATS définit quatre types de commerce des services de santé : les prestations transfrontalières de services de santé; la consommation de services de santé à l'étranger; la présence commerciale; et les migrations du personnel de santé. Trois autres accords commerciaux multilatéraux de l'Organisation mondiale du Commerce ont des implications sur la santé : l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC); l'Accord sur l'Application des Mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS); l'Accord sur les Obstacles techniques au Commerce (OTC).

49. On dispose de peu d'informations sur le commerce des services de santé dans la Région africaine. Cependant, quelques indices laissent supposer que tous les quatre types de commerce des services de santé y existent. Le commerce des services de santé peut avoir un impact positif ou négatif sur le développement social et sanitaire. Les ministères de la santé doivent évaluer correctement les risques et opportunités qu'entraîne, tant sur le plan de la santé humaine que sur celui du développement, la libéralisation des services de santé, dans le cadre de l'Accord général sur le Commerce des Services. Malheureusement, la plupart des ministères de la santé de la Région ne sont pas en mesure d'apporter des solutions efficaces aux problèmes liés au commerce. Le document fait aussi état des opportunités et des risques qu'entraîne l'essor du commerce des services de santé.

50. Afin d'atténuer les risques et tirer parti de l'essor du commerce des services de santé, les pays doivent : instaurer ou renforcer les mécanismes d'harmonisation des questions relatives au commerce; assurer la formation ou l'orientation nécessaire à tous les cadres supérieurs et moyens des secteurs de la santé, du commerce et de la législation; identifier et promouvoir le travail des centres d'excellence régionaux et

nationaux dans le domaine de la mondialisation, du commerce et de la santé. L'OMS et les partenaires devront s'assurer que la santé est prise en compte pendant l'élaboration des politiques commerciales internationales ; continuer à fournir aux États Membres des informations et des conseils pertinents sur la santé et le commerce ; et soutenir le renforcement des capacités nationales dans ce domaine.

51. Le document conclut que le commerce des services de santé offrent des opportunités aux pays. Cependant, cela ne va pas sans risques. Les pays devront chercher à tirer parti des opportunités émergentes à l'échelle mondiale, tout en s'efforçant d'en atténuer les effets néfastes. Les pays ne pourront le faire que s'ils prennent la pleine mesure des effets potentiels des accords commerciaux multilatéraux, en particulier ceux relatifs à la santé.

52. Les membres du Sous-Comité ont apprécié le caractère pertinent, opportun et bien structuré du document. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) la question de la pauvreté doit être mieux traitée dans le document, dans le cadre de la mondialisation et de la libéralisation du commerce des services de santé;
- b) il convient de s'assurer que le document ne donne pas l'impression de s'opposer à la libéralisation et à la mondialisation;
- c) il faudrait inclure, pour les États Membres, des orientations claires sur la manière de s'organiser au niveau régional et sous-régional pour mieux tirer parti des opportunités et faire face aux défis que pose la libéralisation du commerce des services de santé.

53. Le document a été discuté section par section et les amendements spécifiques suivants ont été proposés par le Sous-Comité du Programme :

- a) dans l'Introduction, au paragraphe 2, il est nécessaire de préciser l'affirmation relative au coût du traitement médical qui entraîne la paupérisation des familles, en précisant son impact, particulièrement sur les pauvres et les personnes sans assurance maladie;

- b) dans l'Analyse de la situation : i) au paragraphe 5, s'assurer que l'idée de la première phrase sur la tendance de la pauvreté dans la Région est basée sur des faits ; ii) il est nécessaire d'être plus précis quant au rôle des traités régionaux et sous-régionaux portant sur le commerce des services de santé ; iii) au paragraphe 8, ajouter plus de détails sur les ADPIC, les SPS et le GATS;
- c) dans les Perspectives, paragraphe 15, ajouter «pour tirer parti des opportunités offertes par la libéralisation et» après le mot «stratégiquement», insérer un nouveau paragraphe (a) «Mettre en place ou renforcer des cadres ou accords de coopération régionaux tirant parti des opportunités offertes par la libéralisation»;
- d) dans le Titre, après un long débat quant à savoir s'il faut omettre le mot *pauvreté*, il a été convenu de garder le titre tel qu'il a été approuvé lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional, et de s'assurer que la pauvreté est couverte de manière appropriée dans le document;
- e) dans le Résumé d'orientation, il est nécessaire de refléter les améliorations proposées par le Sous-Comité du Programme.

54. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions qui seront mises à profit pour finaliser le document qui sera soumis à la cinquante-sixième session du Comité régional. Elles serviront également à réviser le document. Plus spécifiquement, la question de la pauvreté sera mieux traitée dans la version finale. Le Secrétariat a également expliqué que le message clé du document est d'informer les pays sur la nécessité de se pencher sur les questions de santé publique, dans le contexte de l'essor du commerce des services de santé.

55. Le Sous-Comité a recommandé que le document révisé soit soumis au Comité régional, pour adoption.

#### **FINANCEMENT DE LA SANTÉ: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC56/PSC/6)

56. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble de la stratégie régionale de financement de la santé comprenant une introduction, une

analyse de la situation, la stratégie régionale, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, et la conclusion.

57. Le mode de financement d'un système de santé influe sur son administration, la constitution de ses ressources, les prestations de services et la réalisation des objectifs tels que le bon état de santé, l'aptitude à répondre aux attentes non médicales du public et la fixation de contributions financières équitables.

58. Les pays font face à un certain nombre de défis : faiblesse des investissements dans la santé; absence de politiques et de plans stratégiques globaux en matière de financement de la santé; forte proportion de paiements directs de soins; couverture restreinte par l'assurance maladie; absence de structures de protection sociale des pauvres; mauvaise utilisation des ressources; et faiblesse des mécanismes de coordination du soutien des partenaires au secteur de la santé.

59. La stratégie a pour objectif de favoriser la mise en place de systèmes nationaux de financement de la santé qui soient équitables, efficaces et durables, afin de réaliser les OMD relatifs à la santé et les autres objectifs sanitaires nationaux. Plus spécifiquement, cette stratégie fournit aux pays des orientations sur la manière de garantir le niveau de financement nécessaire pour atteindre les buts et les objectifs sanitaires souhaités de manière durable ; garantir un accès financier équitable à des services de santé de qualité ; et garantir une allocation et une utilisation efficaces des ressources destinées au secteur de la santé.

60. Le document propose des interventions prioritaires pour le renforcement des fonctions du financement de la santé : la collecte des recettes ; la mise en commun des recettes et l'achat des services. Pour le renforcement du recouvrement des recettes, certaines des interventions comprennent : le renforcement des mécanismes de recouvrement; le respect des engagements précédemment pris dans la Région; le suivi de l'appui budgétaire fourni par de multiples donateurs; la suppression ou la réduction des paiements directs; et l'amélioration de l'efficacité dans le recouvrement des recettes. La mise en commun des recettes peut être améliorée par la mise en place de systèmes de paiement anticipé (assurance, prélèvements fiscaux ou un mélange des deux); la création de nouvelles structures de financement de la santé pour la coordination des diverses fonctions de financement; et le renforcement des systèmes de sécurité (mécanismes d'exonération) pour protéger les pauvres.

61. La fonction d'achat peut être améliorée par le financement du renforcement du système de santé, en utilisant les ressources destinées aux maladies prioritaires (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose), en passant des contrats avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales, en réformant les mécanismes de paiement des prestataires, et en améliorant les mécanismes de coordination du secteur de la santé (par exemple, les approches sectorielles).

62. Pour atteindre les OMD et les objectifs nationaux de développement de la santé et étendre la couverture des services de santé, les pays de la Région africaine ont d'urgence besoin d'un financement accru ; d'une plus grande équité dans le financement et l'accès aux services de santé, et d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources de la santé.

63. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les commentaires généraux suivants pour améliorer le document :

- a) il est nécessaire de souligner la difficulté qu'éprouvent les ministères de la santé pour influencer les changements dans les pays en ce qui concerne les mécanismes de financement de la santé, les décisions sur le budget étant centralisées au sein des ministères des finances;
- b) il convient de faire ressortir les enseignements tirés des précédentes initiatives de financement de la santé dans la Région, ainsi que leurs avantages comparatifs;
- c) le problème ne réside pas dans les frais à payer par les usagers en tant que tels, mais dans la détermination des contributions en fonction de la capacité individuelle de paiement;
- d) il faut établir des liens explicites entre le niveau de financement et les performances des systèmes de santé, par le biais de la recherche;
- e) il convient de relever la nécessité de soutenir les pays dans leurs efforts en vue de mettre en place ou de renforcer les systèmes d'assurance, garantir la participation communautaire; créer des systèmes de paiement anticipé, afin que la Région aille au-delà de l'Initiative de Bamako, et souligner

l'importance de la revue des dépenses publiques ou des comptes nationaux de la santé.

64. Le Sous-Comité de Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction : au paragraphe 2 de la version française, après le mot «*dépend*», introduire «*entre autres, de sa capacité*»;
- b) dans la section Analyse de la situation : (i) paragraphe 13 de la version française, remplacer «*piètre qualité des services de santé publics*» par «*qualité insuffisante des services de santé publics*»; dernière ligne du paragraphe 14 de la version française, remplacer «*mécanismes de paiement des établissements*» par «*mécanismes de paiement au niveau des établissements publics*»; remplacer «*dissuaderaient*» par «*dissuadent*»;
- c) dans la section Objectifs, paragraphe 16 de la version française, remplacer le mot «*systèmes*» par «*mécanismes*» ;
- d) au paragraphe 21, ajouter «*la nécessité de recourir à des mécanismes fiscaux pour mobiliser des ressources additionnelles en faveur de la santé, y compris l'affectation à la santé des ressources provenant du paiement de taxes sur l'alcool et le tabac*» ;
- e) au paragraphe 26, reformuler en anglais la première phrase afin qu'elle se lise comme suit : «*Countries should introduce or expand prepayment systems, for example, funds collected through taxes or insurance contributions*»;
- f) supprimer la partie de texte entre parenthèses dans la première phrase du paragraphe 27;
- g) reformuler le paragraphe 28, afin de mettre en exergue l'idée de protection des pauvres, sans toutefois trop insister sur la gratuité des services;
- h) au paragraphe 29, ajouter une phrase sur l'estimation du coût des services avant l'allocation des ressources;

- i) dans la dernière phrase du paragraphe 31, remplacer en anglais le mot “from ” par “to”;
- j) au paragraphe 36 g), insérer le mot “administration” après le mot “secteur” et envisager de supprimer le mot “corruption”;
- k) au paragraphe 36 k), après l’expression “financement de la santé”, inclure “y compris l’estimation du coût” ;
- l) au paragraphe 37, la deuxième phrase doit s’arrêter à “pays” ; il faut donc supprimer le reste de la phrase;
- m) au paragraphe 38 b), remplacer le mot “devraient” par “doivent” dans la version française ; dans toutes les versions, le paragraphe 38 b) devrait s’arrêter au mot “objectif”;
- n) le paragraphe 38 c) devrait se lire : “les engagements pris devant diverses instances internationales, y compris les engagements pris dans la Déclaration de Paris, soient honorés”;
- o) au paragraphe 40 de la section Suivi et Évaluation, après le mot “devraient”, ajouter “conduire sur une base régulière, des opérations sur les comptes nationaux de la santé” ; au paragraphe 41, mentionner la nécessité de procéder à un contrôle tous les trois ans;
- p) au paragraphe 1 du Résumé d’orientation, expliquer le sens de “répondre aux attentes non médicales du public” et «fixation de contributions financières équitables»; au paragraphe 2 de la version française, remplacer les mots “nombre de sérieux défis” par “nombre de défis majeurs”; à la fin du paragraphe 3, ajouter une phrase qui se lit comme suit : «les pays sont invités instamment à institutionnaliser les comptes nationaux de la santé, afin de faciliter la planification, le suivi et l’évaluation.»; inclure les comptes nationaux de la santé; au paragraphe 4 dans la version française, remplacer le mot «système» par «mécanismes».

65. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et suggestions qui permettront de finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional.

66. Le Directeur régional a remercié les membres pour leurs débats fructueux. Il a déclaré que, bien qu'il ne s'agisse pas d'un sujet nouveau, la nécessité d'élaborer une stratégie globale est reconnue. Il a informé les membres du Sous-Comité du Programme que la présente stratégie a été élaborée en étroite collaboration avec les Communautés économiques régionales, la Banque mondiale, l'OIT et l'UNICEF, afin de créer un environnement favorable à sa mise en œuvre. Il a reconnu que la Région doit faire davantage de progrès sur le plan du financement de la santé, dominé par des systèmes basés sur les paiements directs pour adopter des mécanismes de paiement anticipé. Il a expliqué que l'engagement des Chefs d'État d'allouer 15% de leurs budgets nationaux à la santé et la recommandation de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de dépenser un minimum de US\$34 pour la santé de chaque habitant, n'étaient pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Il a déclaré que, même si tous les pays atteignaient la cible d'Abuja, ils pourraient ne pas avoir atteint celle de la recommandation de la CMS. Il a souligné l'importance des comptes nationaux de la santé dans le processus de réforme du financement de la santé. Il a indiqué que le présent document n'est pas rigide et devrait rester flexible en ce qui concerne l'«établissement de nouvelles structures de financement de la santé» et le «renforcement des filets de sécurité pour protéger les pauvres».

67. Le Sous-Comité a recommandé le présent document tel qu'amendé, et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/3) sur le sujet, à soumettre au Comité régional pour adoption.

#### **AUTORITÉS DE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC56/PSC/7)**

68. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble du document intitulé : «Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives». Ce document comprend une introduction, suivie d'une présentation de la situation actuelle et des perspectives, ainsi qu'une conclusion.

69. Il ressort du document que la mission des autorités de réglementation pharmaceutique (ARP) est de coordonner et de contrôler le secteur pharmaceutique,

afin de préserver la santé publique. Les ARP doivent s'occuper de questions administratives (notamment la mission, la politique, la législation, les réglementations, la structure organisationnelle, les ressources humaines, le financement), des questions techniques (notamment les standards, les spécifications, les lignes directrices, les normes, les procédures) et des questions de vérification. Leurs principales fonctions portent sur l'agrément des personnes et des sociétés; l'autorisation de mise sur le marché (enregistrement); l'autorisation d'essais cliniques; l'inspection des unités de fabrication, de la distribution et des sites d'essais cliniques; le contrôle de la qualité et de la sécurité des produits; et l'information et le contrôle de la promotion et de la publicité.

70. L'objectif du présent document est de passer en revue la situation actuelle des ARP; d'examiner la réglementation des médicaments, y compris des vaccins et des médicaments stupéfiants; et de proposer des perspectives pour améliorer la performance des ARP dans la Région africaine.

71. Le document recommande un certain nombre d'activités prioritaires que les pays doivent mener pour renforcer les autorités de réglementation pharmaceutique. La première activité porte sur l'élaboration de cadres juridiques et organisationnels. Ceux-ci assigneront aux ARP une mission claire et des pouvoirs juridiques adéquats; élaboreront et mettront en application une législation globale tenant compte des contextes national et régional; et mettront en place des structures, infrastructures et ressources organisationnels appropriés. La deuxième porte sur l'élaboration d'un plan de développement durable des ressources humaines, préalablement au renforcement des capacités des ARP. La troisième porte sur l'exercice des fonctions réglementaires, notamment l'élaboration et la mise à jour des directives et des procédures ayant trait aux fonctions réglementaires; la coopération avec les institutions universitaires, les établissements de soins de santé et les instituts de recherche, ainsi qu'avec les associations professionnelles; la création d'un réseau d'autorités de réglementation pharmaceutique et d'initiatives sous-régionales, et leur renforcement en vue d'harmoniser les réglementations pharmaceutiques; la réalisation d'un équilibre entre les exigences réglementaires de contrôle des stupéfiants, et la disponibilité et l'accessibilité de ces derniers.

72. Avec la mondialisation et la mise au point d'un nombre en augmentation rapide de médicaments de haute technologie, les questions de qualité, d'efficacité et de sécurité des médicaments revêtent une très grande importance pour les États

Membres et l'OMS. C'est la raison pour laquelle les États Membres devraient créer des autorités de réglementation pharmaceutique ou renforcer celles qui existent déjà, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs missions.

73. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document et se sont félicités de sa pertinence, de sa concision et de sa clarté. Ils ont fait les observations générales suivantes en vue d'améliorer le document :

- a) le rôle des ARP en ce qui concerne les médicaments traditionnels a été omis.
- b) compte tenu de la place centrale qu'occupent les médicaments au sein du secteur de la santé et de leur importance financière et économique, il est nécessaire que le document soit plus précis au sujet de l'autonomie et de la composition des ARP.
- c) l'implication du secteur vétérinaire aux ARP.
- d) l'importance de l'application de la législation et de la réglementation en vigueur a été soulignée.
- e) il a été demandé de clarifier la définition des médicaments traditionnels par rapport à leur lieu de production et à leur utilisation.

74. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) au paragraphe 1, il convient de réviser la dernière phrase pour inclure les médicaments traditionnels comme suit : « ... mettre en place un système de réglementation des médicaments, y compris des médicaments traditionnels, et de »;
- b) au paragraphe 17, ajouter «mettre en place ou» avant «renforcer»;
- c) le sous-titre précédant le paragraphe 18 doit être libellé comme suit : **Cadre institutionnel et organisationnel**;
- d) le paragraphe 19 doit aborder la question de l'autonomie des ARP;

- e) au paragraphe 29, ajouter «et d'encourager la collaboration à l'échelle régionale»;
- f) le résumé d'orientation doit mentionner les médicaments traditionnels.

75. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui permettront de finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été fournies sur la définition des médicaments traditionnels et sur leurs différentes catégories. Pour ce qui est du degré d'autonomie, de la composition et des mécanismes opérationnels des ARP, le Secrétariat a attiré l'attention des membres du Sous-Comité sur la nécessité de prendre en compte le contexte national, en veillant à ce que les ARP soient en mesure de s'acquitter de leurs missions. L'OMS continuera de fournir aux pays un appui approprié.

76. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit soumis au Comité régional, pour approbation.

**REVITALISER LES SERVICES DE SANTÉ PAR L'APPROCHE DES SOINS  
DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE**  
(document AFR/RC56/PSC/8)

77. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires». Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les méthodes destinées à revitaliser les systèmes de santé, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, ainsi que la conclusion.

78. Il existe actuellement un engagement à l'échelle mondiale en faveur de la réalisation des objectifs liés à la santé, convenus sur le plan international. Toutefois, la lenteur des progrès vers la réalisation de ces objectifs dans la Région africaine requiert une accélération de l'accès aux services essentiels de santé. L'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé, en 1998, sa volonté d'améliorer la disponibilité des éléments essentiels des soins de santé primaires par le biais de la Politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>ème</sup> siècle. Le document indique que les soins de santé primaires, lorsqu'ils sont adaptés aux environnements actuels et prévisibles dans le futur, offrent un bon cadre pour l'accès universel aux services de santé essentiels.

79. Au nombre des défis auxquels les pays seront confrontés en tentant de revitaliser leurs services de santé, l'on peut citer l'amélioration de l'accès aux interventions sanitaires essentielles et le renforcement de la coordination et de la collaboration entre les parties prenantes. Par ailleurs, les pays devraient tirer parti de possibilités telles que la mise en œuvre réussie de politiques, de programmes et d'initiatives ; les initiatives mondiales lancées dans le domaine de la santé ; le renforcement du plaidoyer pour le financement ; et l'attention spéciale accordée aux déterminants sociaux de la santé.

80. L'objectif général de l'approche proposée pour revitaliser les systèmes de santé est d'améliorer l'équité et l'accès à des services de santé de qualité, dans le cadre des soins de santé primaires, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

81. Parmi les interventions prioritaires que les pays doivent mettre en œuvre, on peut citer le renforcement de la participation communautaire ; l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines pour la santé, ainsi que des ressources financières et matérielles ; le renforcement des capacités gestionnaires ; le renforcement de la production et de l'utilisation de données factuelles ; l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé ; et le renforcement de la collaboration et des partenariats.

82. Pour garantir le succès de la revitalisation de leurs services de santé, les pays devront élaborer des plans sanitaires ou renforcer les plans existants ; coordonner la prestation de services aux différents niveaux ; mobiliser et allouer les ressources ; et améliorer la coordination, les partenariats et la collaboration intersectorielle. L'OMS et les partenaires compléteront les efforts des pays en menant le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources, à l'occasion de diverses rencontres ; en fournissant un appui technique ; en harmonisant l'appui en faveur de la prestation de services, et en participant à l'évaluation conjointe des performances.

83. L'accès universel aux services de santé essentiels ne sera possible que grâce à des systèmes de santé fonctionnels au niveau du district et de la communauté. Les soins de santé primaires demeurent une stratégie pertinente, mais ils doivent être adaptés aux nouveaux défis mondiaux et nationaux.

84. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) certains délégués ont insisté sur les principes régissant les soins de santé primaires, notamment la décentralisation et la participation communautaire, tout en soulignant la nécessité de mettre un plus grand accent sur la prévention et la promotion de la santé;
- b) les changements proposés pour les systèmes de santé doivent tenir compte des usagers, afin de répondre aux besoins des populations ;
- c) il est nécessaire de clarifier le concept de communauté;
- d) il est nécessaire de fournir des lignes directrices pour la participation communautaire, y compris des orientations appropriées à l'intention du personnel de santé.

85. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction : i) au paragraphe 1, le nombre d'OMD liés à la santé est de 4, au lieu de 3 ; ii) au paragraphe 3, insérer avant la dernière phrase :«Les soins de santé primaires sont une approche présentant un bon rapport coût/efficacité»; iii) le paragraphe 7 devrait être harmonisé avec le titre du document ;
- b) dans l'Analyse de la situation : i) au paragraphe 14, ajouter « etc. » à la fin de la phrase; ii) ajouter un paragraphe soulignant les possibilités offertes par les stratégies pour la réduction de la pauvreté; iii) ajouter à la fin du paragraphe 21 : «Il est nécessaire de renforcer la capacité des communautés à améliorer la qualité des services de santé»; iv) le paragraphe 25 devrait être remanié pour le rendre plus clair, et les aspects de la qualité des soins devraient y être mentionnés ;
- c) à la section Méthodes destinées à revitaliser les services de santé : i) au paragraphe 28 a), remplacer «promouvoir» par «renforcer»; dans la version française, remplacer, dans le titre, «méthodes» par «approches»; ii) au

paragraphe 29, ajouter à la liste «collaboration intersectorielle et développement de partenariats»; iii) au paragraphe 30 a), insérer «en fonction des besoins» après «renforcer» pour lire «prestation de services de santé, en fonction des besoins»;

- d) dans Suivi et évaluation, paragraphe 40, il est nécessaire d'être plus précis en ce qui concerne le mandat de l'équipe spéciale.
- e) dans le Résumé d'orientation, au paragraphe 1, après «contraintes» supprimer «affectant, entre autres», et remplacer l'expression par «liées à»; dans la version française, remplacer «et l'insuffisance des bases factuelles et des capacités de recherche» par «les bases factuelles et les capacités de recherche».

86. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour enrichir et finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Répondant à la question de savoir ce qui devrait être fait pour rendre la Stratégie des soins de santé primaires plus adaptée, le Directeur régional a indiqué que cela dépendra de ce qui sera fait au niveau des pays. Il a précisé que la Stratégie des soins de santé primaires est pertinente et que les problèmes auxquels les pays sont confrontés, sont liés à l'impact négatif des programmes d'ajustement structurel, aux catastrophes d'origine naturelle et humaine, au VIH/SIDA et à la participation insuffisante des communautés. Il a souligné la nécessité de renforcer les capacités à tous les niveaux, notamment au niveau communautaire. Il est nécessaire de sensibiliser les partenaires et les gouvernements pour renforcer les capacités au niveau local. Les systèmes de santé devraient tirer parti des initiatives mondiales telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, afin de renforcer la décentralisation et d'améliorer l'appui accordé au niveau opérationnel. Le Directeur régional a insisté sur l'importance de l'utilisation d'une approche holistique pour aborder les questions de santé et de développement. Les programmes prioritaires devraient être harmonisés au niveau local de manière très complète pour faciliter la prestation de services et améliorer les résultats de la santé. Il a conseillé, en ce qui concerne la section Suivi et Évaluation, de revoir la périodicité de cet exercice en la portant à trois ou quatre ans, au lieu d'un an.

87. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document, tel qu'amendé, et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC56/WP/4) à présenter au Comité régional, pour adoption.

**GRIPPE AVIAIRE : PREPARATION ET RIPOSTE CONTRE LA MENACE D'UNE PANDEMIE** (document AFR/RC56/PSC/11)

88. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le document sur la préparation et la riposte contre la grippe aviaire, qui comprend une introduction, une analyse de la situation, la préparation et la riposte, les rôles et responsabilités, ainsi qu'une conclusion.

89. Le document indique que la grippe aviaire est une maladie infectieuse de l'oiseau, causée par une souche de type A du virus de la grippe. La grippe humaine est transmise par inhalation de gouttelettes infectieuses. Trois pandémies de grippe ont été enregistrées en 1918, 1957 et 1968, la première ayant entraîné 40 à 50 millions de décès à travers le monde. La Région africaine est extrêmement vulnérable à la maladie. La Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a prié instamment les États Membres d'élaborer des plans de préparation nationaux et de les mettre en œuvre, et a demandé au Directeur général de maintenir le leadership en matière de préparation à la pandémie.

90. Au 10 mai 2006, 53 pays dans le monde dont cinq dans la Région africaine avaient confirmé la présence du H5N1 chez des oiseaux domestiques et sauvages. Neuf pays dans le monde avaient déclaré 207 personnes infectées par le H5N1, dont 115 étaient décédées, soit un taux de létalité de 56 %. L'impact direct et indirect d'une pandémie de grippe serait énorme, et affecterait les systèmes de santé et les services de soins de santé. Les pertes économiques dues à l'abattage systématique des oiseaux domestiques et aux restrictions sur le plan des voyages et du commerce, étaient déjà considérables et sont en train de s'alourdir.

91. Il a été indiqué que le Bureau régional a fourni un appui technique, des lignes directrices et des instruments aux États Membres ; constitué un groupe spécial d'experts ; mis en place un réseau régional de laboratoires pour le diagnostic de la grippe humaine ; élaboré un plan régional de préparation et de riposte ; organisé des réunions régionales sur la grippe aviaire ; et demeure fermement décidé à mettre en

œuvre des stratégies et des interventions, en collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies et des groupements économiques régionaux.

92. Le document souligne également parmi les contraintes auxquelles les pays sont confrontés : l'insuffisance de ressources financières; les carences des systèmes de santé ; la pénurie de ressources humaines qualifiées pour faire face à la charge de travail potentielle accrue ; le nombre restreint de laboratoires bien équipés, capables de confirmer la grippe aviaire ; les déficiences des infrastructures de transport et de communication, ainsi que des systèmes administratifs et logistiques ; le taux élevé d'analphabétisme et la pauvreté généralisée. Le document comprend également un résumé des défis et des opportunités.

93. Les pays doivent mettre en œuvre d'urgence les interventions prioritaires suivantes : améliorer la coordination nationale et régionale de la préparation et de la riposte ; renforcer les systèmes d'alerte précoce ; réduire les possibilités d'infection humaine à H5N1 ; enrayer ou retarder la progression de la grippe à la source ; renforcer les capacités des systèmes de santé nationaux ; mettre en œuvre les composantes de la promotion de la santé ; élaborer des législations et des politiques, et les mettre en application ; et contribuer à la recherche sur la grippe.

94. Les États Membres doivent élaborer des plans nationaux de préparation et de riposte, et les mettre en œuvre; assurer le suivi et l'évaluation de ces plans, et partager l'information conformément au Règlement sanitaire international. L'OMS et les partenaires (par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et l'Organisation mondiale de la Santé animale) doivent fournir aux pays des lignes directrices pour l'élaboration des plans nationaux de préparation et de riposte ; faciliter la mobilisation de ressources pour appuyer la mise en œuvre des plans, et réactiver le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour soutenir les États Membres.

95. Avec la confirmation de la présence de la grippe aviaire dans la Région, le risque d'une pandémie de grippe persiste. L'apparition de cas humains serait à l'origine de nouveaux défis démesurés pour des systèmes et des services de santé déjà fragiles et débordés. L'urgence imminente de la situation requiert de la part des gouvernements un leadership fort pour mettre en œuvre en temps voulu les plans de préparation et de riposte. La riposte des gouvernements devrait être bien

coordonnée, dotée en ressources suffisantes et basée sur les principes de l'équité et appuyée par un partenariat mondial.

96. Les membres du Sous-Comité du Programme ont trouvé le document bien structuré et informatif, permettant ainsi la planification d'une préparation et d'une riposte adéquates à une pandémie potentielle. Ils ont également fait part et discuté de leurs expériences dans le domaine de la prise en charge de l'épidémie au sein de la population aviaire. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document.

- a) il est nécessaire d'examiner à nouveau la question de la mobilisation de ressources suffisantes pour financer les plans nationaux et régionaux par les gouvernements et les partenaires, étant donné que les fonds annoncés par les partenaires n'ont pas été débloqués ;
- b) la question du renforcement des capacités a été soulignée, notamment, pour la formation de personnels de laboratoire et de cliniciens ; il est également nécessaire de renforcer la capacité des laboratoires à confirmer le diagnostic du virus H5N1 dans la Région ; cela est urgent, parce que les pays sont confrontés à des difficultés en recourant aux compagnies aériennes pour acheminer les prélèvements à l'étranger;
- c) inclure des moyens d'améliorer la diffusion de l'information pertinente relative à la situation épidémiologique actuelle, y compris l'échange sur les expériences des pays.
- d) même s'il est important de renforcer la préparation à la pandémie, il est nécessaire de veiller à la diffusion de l'information publique sans alarmer inutilement ; on devra veiller à ce que les programmes de santé publique en cours ne subissent pas un impact négatif, si leurs ressources sont détournées pour la préparation et la riposte à la grippe aviaire;
- e) l'analyse de la situation devrait comprendre des statistiques par pays, des cartes des migrations des oiseaux et des réseaux de laboratoire;
- f) la traduction de la version portugaise devrait être revue, en particulier la traduction de «*Règlement sanitaire international*» dans tout le document;

- g) le document devrait également examiner les questions liées au transport transfrontalier des prélèvements, et des solutions devraient être proposées.

97. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Analyse de la situation: i) paragraphe 8, mettre à jour les statistiques ; ii) aux paragraphes 11 et 14, revoir le texte sur la disponibilité des lignes directrices et rendre la formulation cohérente; iii) insister sur les enseignements tirés de l'expérience des pays de la Région africaine et d'autres régions pour ce qui est de la préparation et de la riposte ; iv) incorporer un paragraphe sur les contraintes liées à l'accès au financement ;
- b) sous le titre Préparation et riposte : i) inclure une section spécifique sur le financement avec deux aspects - le rôle de l'OMS pour ce qui est de fournir des conseils techniques et des médicaments en utilisant les fonds d'urgence, et les rôles des partenaires et des pays dans la mise en place de mécanismes pour l'indemnisation des éleveurs et la fourniture d'autres sources de protéines pour l'alimentation humaine; ii) au paragraphe 24, reformuler la seconde phrase pour lire « Des efforts devraient être faits pour assurer la disponibilité et l'accès aux réactifs recommandés, de même qu'aux systèmes de référence des prélèvements... » ; iii) dans la version portugaise, la première phrase du paragraphe 25 devrait être revue ; le paragraphe devrait être remanié pour clarifier la question de la disponibilité d'un stock international d'antiviraux de l'OMS ;
- c) dans la section Rôles et responsabilités, inclure la nécessité pour les pays d'instaurer des mécanismes de financement avec l'appui des partenaires ;
- d) inclure les questions de financement dans la conclusion;
- e) dans le résumé d'orientation, paragraphe 3, mettre l'accent sur la nécessité de mécanismes de financement.

98. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans

la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Le Directeur régional a indiqué que le Bureau du Coordonnateur du système des Nations Unies pour la grippe avait été créé par le Secrétaire général de l'ONU en vue d'efforts conjoints coordonnés par les Nations Unies en ce qui concerne la préparation et la riposte à la grippe aviaire. Il a informé les participants que l'OMS travaillait en étroite collaboration avec toutes les autres institutions concernées du système des Nations Unies. Il a déploré le fait que la Région africaine et les pays ne recevaient pas un financement suffisant. Il a indiqué que le document serait revu pour qu'il soit plus explicite sur cette question, afin d'appeler les gouvernements et les partenaires internationaux à accroître le financement pour la préparation et la riposte à la grippe aviaire. S'agissant du stock international d'antiviraux de l'OMS, il a informé le Sous-Comité du fait que les quantités de médicaments disponibles étaient limitées et qu'elles ne pourraient donc pas satisfaire tous les besoins mondiaux. Il a exprimé l'espoir que davantage de médicaments seraient disponibles sur le marché et que l'accès à ceux-ci serait équitable pour les pays de la Région africaine.

99. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document avec ses amendements et a préparé, sur ce sujet, un projet de résolution (AFR/RC56/WP/6) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

#### **RECHERCHE EN SANTÉ : PROGRAMME D'ACTION DE LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC56/PSC/10)**

100. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document sur la recherche en santé. Ce document comprend une introduction, une analyse de la situation, le programme d'action de la Région africaine, les rôles et responsabilités, et une conclusion.

101. Le document souligne le fait que la recherche est importante pour atteindre les objectifs de développement sanitaire, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La quarante-huitième session du Comité régional a adopté un plan stratégique régional de recherche en santé. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA58.34) approuvant les recommandations du Sommet ministériel de 2004 à Mexico sur la recherche en santé. Il est prévu que la seconde Conférence mondiale sur la recherche en santé se tienne en Afrique en 2008.

102. Le document admet également qu'on dispose d'une connaissance insuffisante de la performance des systèmes de santé dans la Région africaine, ce qui limite les capacités des pays à atteindre les objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire. La recherche en santé est insuffisamment financée. Il existe un déficit en matière de savoir-faire, ce qui signifie que la recherche n'est pas traduite en politiques ni en actions. Les systèmes nationaux de recherche en santé ne sont pas pleinement fonctionnels et il s'ensuit que les capacités de recherche sont faibles. Cette situation est aggravée par un certain nombre de contraintes : l'instabilité politique et sociale, les niveaux élevés d'analphabétisme et d'incapacité de compter, le faible niveau de développement économique national, et l'accès limité à l'ordinateur et à Internet. Le présent document met en lumière le fait qu'en dépit des nombreux défis existants, il y a des opportunités que les pays doivent saisir, par exemple, la prise de conscience accrue de l'importance de la recherche aux niveaux mondial et régional, de l'accroissement du financement externe et des initiatives et mécanismes existants.

103. Le document mentionne en outre qu'afin de renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, les pays doivent élargir leurs programmes de recherche en santé pour y inclure les grands déterminants multidimensionnels de la santé, assurer des liens avec d'autres secteurs (non sanitaires), promouvoir des revues systématiques, y compris l'utilisation de la littérature grise; associer la recherche aux politiques et aux actions qui peuvent se traduire par la création de réseaux et un renforcement des capacités permettant de transposer en actes la recherche ; mobiliser davantage le financement interne et externe ; renforcer les capacités pertinentes, notamment les ressources humaines, l'organisation et les infrastructures ; renforcer les divers partenariats, par exemple, Nord-Sud, Sud-Sud, intersectoriels, publics-privés, chercheurs et décideurs ; et allouer au moins 2 % des budgets de la santé à la recherche, garantir de solides systèmes nationaux de recherche en santé, renforcer l'appui accordé à la recherche sur les systèmes de santé, promouvoir la traduction de la recherche en politiques et actions, et maintenir l'appui accordé à la recherche fondamentale sur les médicaments, les vaccins, les diagnostics et d'autres instruments. L'OMS et d'autres partenaires appuieront les pays pour promouvoir l'importance de la recherche, mener le plaidoyer en faveur d'un accroissement du financement, établir des normes et standards (y compris l'audit sur le plan de l'éthique), fournir un appui technique, promouvoir l'examen, la synthèse, la diffusion et l'application des résultats de la recherche, et améliorer l'accès à l'information sanitaire.

104. Les pays ont été priés instamment de consacrer des ressources suffisantes et des efforts appropriés à la recherche en santé, et de traduire les résultats de la recherche en actions, afin de contribuer au développement sanitaire et à la réalisation des objectifs de santé, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

105. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour avoir produit un document informatif bien structuré et bien présenté. Ils ont fait ensuite les commentaires généraux suivants :

- a) il y aurait lieu de considérer le document comme le résultat d'un travail en progrès et à actualiser en permanence, en tenant compte des résultats des initiatives en cours comme les réunions d'Abuja et d'Accra, de même que les futures activités préparatoires pour la Conférence mondiale 2008 sur la recherche en santé qui se tiendra dans la Région africaine;
- b) il est nécessaire de souligner l'importance: i) de l'élaboration de plans nationaux ; ii) de la mise en place de structures de coordination nationales et de mécanismes garantissant l'efficacité et l'appropriation ; iii) des comités d'examen multidisciplinaires sur le plan technique et de l'éthique ; iv) des réseaux des pays et interpays ; v) du plaidoyer pour la mobilisation des ressources parmi les États Membres et les partenaires ; vi) de l'incorporation de la recherche dans les programmes des institutions de formation sanitaire, afin de développer la culture de la recherche ; vii) de l'affectation à la recherche en santé d'au moins 2 % des budgets de tous les programmes et projets ; viii) de la nature complémentaire de la recherche clinique et en systèmes de santé, y compris la recherche sur le terrain;
- c) la définition de la recherche en santé et de ses divers types devrait être incluse dans le document, sous forme de notes de bas de page;
- d) il est nécessaire de tenir compte de la recherche assurée au titre des ministères de l'éducation, des sciences et de la technologie, etc;
- e) il est également nécessaire d'examiner les meilleurs moyens de communiquer les résultats de la recherche au public, y compris le segment qui ne sait ni lire, ni écrire.

106. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans la version portugaise, paragraphe 5, remplacer les termes «*todos os financiadores*» par «*todos os parceiros*»;
- b) paragraphe 8: aligner la version portugaise sur la version anglaise;
- c) paragraphe 10 d): à reformuler comme suit: «l'accès limité aux technologies de l'information et de la communication et leur utilisation (ordinateurs, Internet, etc.)»;
- d) paragraphe 11 d): inclure un rapport sur les centres collaborateurs existants de l'OMS;
- e) paragraphe 12: inclure une note liminaire sur la nécessité de mesures urgentes pour renforcer la recherche en santé dans le secteur de la santé. Indiquer en outre la nécessité de disposer de mécanismes nationaux de coordination de la recherche dans les secteurs de la santé et en dehors du secteur de la santé;
- f) paragraphe 13: indiquer la nécessité de renforcer les capacités des dirigeants, des décideurs et des gestionnaires (y compris, une formation en statistique) pour leur permettre d'utiliser les données factuelles de la recherche;
- g) paragraphe 17 : inclure un alinéa sur la création d'un registre central, d'une banque de données ou d'un centre de dépôt pour la recherche en santé. Ceux-ci pourraient être basés sur le web pour améliorer l'accès aux données et leur partage;
- h) paragraphe 17 a): remplacer « les équilibrer avec... » par «les compléter par... »;
- i) paragraphe 18 : inclure une phrase sur l'appui des études multi-centres, multi-sites, transnationales, afin d'aborder les problèmes d'intérêt commun et accroître l'efficience;

- j) paragraphe 18 b) : inclure une phrase sur une structure de coordination nationale pour orienter et garantir l'appropriation nationale ;
- k) paragraphe 18 c) : ajouter « conjointement avec les États Membres ».

107. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document à soumettre à la cinquante-sixième session du Comité régional. Des éclaircissements ont été fournis en ce qui concerne la raison d'être de l'allocation budgétaire de 2 % proposée pour la recherche et l'utilisation du terme « contraintes » au lieu de « défis ». Il a été également précisé que l'emploi de l'expression « systèmes nationaux de recherche en santé » inclut les fonctions d'administration générale et de gouvernance, ainsi que les organisations et les structures requises. Le document sera également amélioré par sa mise en corrélation avec les initiatives et activités en cours, relatives à la préparation de la Conférence mondiale 2008 sur la recherche en santé.

108. Le Sous-Comité du Programme a recommandé la soumission du document, avec ses amendements, au Comité régional, pour adoption.

#### **GESTION DES CONNAISSANCES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS: ORIENTATIONS STRATÉGIQUES (document AFR/RC56/PSC/12)**

109. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé « Gestions des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : orientations stratégiques ». Celui-ci comprend une introduction, une analyse de la situation, une approche régionale, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, ainsi qu'une conclusion.

110. Le document souligne que la gestion des connaissances (GC) est un ensemble de principes, d'instruments et de pratiques qui permettent aux gens de créer des connaissances et de partager, traduire et appliquer ce qu'ils savent pour créer de la valeur et améliorer l'efficacité. L'objectif visé est d'améliorer la performance (par exemple, temps, services de qualité, innovation et réduction des coûts) des entités chargées de prendre des décisions (pays et organisations).

111. Les défis auxquels la Région africaine est confrontée sont liés au manque de politiques, de normes et de stratégies, de connectivité des communications et de

capacités gestionnaires appropriées pour permettre aux pays d'exercer une influence sur les technologies de l'information et de la communication pour la GC.

112. L'objectif général de la stratégie est d'améliorer la performance des systèmes de santé et leurs résultats par une gestion efficace des connaissances en santé. Les objectifs spécifiques consistent à améliorer l'accès à l'information et aux connaissances sanitaires, à maximiser l'impact des connaissances explicites et tacites par le partage et la mise en application des connaissances, et à favoriser la cybersanté.

113. Le document présente les interventions prioritaires axées sur le plaidoyer; l'amélioration de la collecte de données et de bases factuelles; l'élaboration de politiques et de plans; la fixation des normes et standards; le renforcement des capacités appropriées (individus, processus, technologies); la promotion de partenariats et la mobilisation de ressources.

114. Afin de renforcer les capacités de gestion des connaissances, les États Membres devront élaborer des politiques, des stratégies, des plans et des mécanismes de coordination pertinents, et mobiliser des ressources pour mettre en œuvre les plans. L'OMS et ses partenaires fourniront un appui technique et des lignes directrices appropriés aux États Membres pour la mise en œuvre des orientations stratégiques contenues dans le présent document.

115. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration d'un document aussi bien structuré et documenté, ainsi que pour sa bonne présentation. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) le document offre des opportunités pour faire face aux problèmes des ressources humaines et plaider auprès des décideurs en faveur de l'application de la gestion des connaissances et des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le secteur de la santé. Il convient d'inclure les avantages des TIC dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
- b) l'OMS devra jouer un rôle de coordination pour guider les différentes initiatives régionales en matière de gestion des connaissances (GC) et de cybersanté;

- c) mettre l'accent sur la nécessité d'établir un lien entre la GC, la recherche en santé et la gestion des systèmes d'information, et intégrer cette donnée dans les programmes et à tous les niveaux; et insister sur l'importance de l'appui technologique dans la GC;
- d) examiner le recours aux mécanismes de financement tels que le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, afin de mobiliser des ressources au niveau national pour la GC et la cybersanté;
- e) souligner l'importance du problème d'équité dans l'accès aux connaissances en santé et réduire la fracture numérique.

116. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans la version française, il faut réviser le paragraphe 1(*savoir-faire*);
- b) au paragraphe 12, inclure plus de détails, y compris le projet de développement de la cybersanté financé par le Gouvernement indien, en partenariat avec l'Union africaine;
- c) au paragraphe 17, renforcer la section sur le plaidoyer en stimulant le leadership en matière de TIC et de GC, et en encourageant leur utilisation par les dirigeants. Il leur sera alors plus facile de diriger en donnant l'exemple;
- d) au paragraphe 18, inclure un passage indiquant que les meilleures pratiques doivent aussi être efficaces;
- e) au paragraphe 21, mentionner les défis liés à la technologie, tels que la maintenance et le dépannage;
- f) au paragraphe 24, remplacer "programmes" par "stratégies" pour éviter la notion de verticalité;

- g) au paragraphe 27, les indicateurs doivent être minutieusement conçus et sélectionnés pour bien refléter les caractéristiques transversales et relativement nouvelles de la GC. Ce processus devrait tenir compte des autres secteurs, en dehors du secteur de la santé.

117. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été apportées sur trois importants aspects de la GC, à savoir, les individus, les processus et les technologies. Les membres du Secrétariat ont insisté sur la nécessité de cultiver l'esprit de mise en commun et d'application des connaissances, au-delà de l'utilisation effective des technologies de l'information et de la communication. Ils ont également relevé la nécessité d'accroître les investissements dans ce domaine relativement nouveau, plus particulièrement le renforcement des capacités en matière de GC et de développement des TIC.

118. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/7) y relatif, à soumettre au Comité régional, pour adoption.

#### **LA DRÉPANOCYTOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC56/PSC/13)**

119. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur la drépanocytose. Celui-ci comprend cinq sections, à savoir une introduction, une analyse de la situation, des perspectives, les rôles et les responsabilités et une conclusion.

120. Le Dr Rufaro Chatora a souligné que la drépanocytose est une pathologie génétique du sang qui affecte l'hémoglobine à l'intérieur des globules rouges du sang. Les douleurs récurrentes et les complications causées par la maladie peuvent avoir un impact sur bien des aspects de la vie des patients, y compris sur les plans de l'éducation, de l'emploi, et du développement psychosocial. Le dépistage néonatal du trait drépanocytaire, lorsqu'il est associé à des tests diagnostiques pratiqués à temps, à l'éducation des parents et à des soins complets, permet de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité liée à la maladie chez le nourrisson et l'enfant en bas âge.

121. Il ressort du document que dans la plupart des pays où la drépanocytose est un problème majeur sur le plan de santé publique, il n'existe pas de programmes nationaux pour la combattre; les structures de base pour la prise en charge des patients font en général défaut ; le dépistage systématique de la drépanocytose n'est pas une pratique courante ; et le diagnostic de la maladie n'est d'ordinaire établi que lorsque survient une complication grave. En conséquence, plus de 50 % des enfants présentant la forme la plus sévère de la maladie décèdent avant l'âge de cinq ans, le plus souvent d'une infection ou d'une anémie grave.

122. Les pays sont encouragés à mettre en place des programmes nationaux ou à renforcer les programmes existants qui mettent l'accent sur le plaidoyer ; la prévention et les conseils; le dépistage et le traitement précoces ; la surveillance et la recherche; et l'éducation communautaires et les partenariats.

123. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document comme étant bien documenté et pertinent pour accroître la prise de conscience de cette maladie si importante, et pourtant négligée. Ils ont toutefois fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) il faut harmoniser les chiffres de la prévalence dans le texte et sur la carte;
- b) il convient d'éviter la verticalisation du programme de prévention et de lutte contre la drépanocytose, en faisant plutôt de ce programme une partie intégrante des programmes des maladies non transmissibles;
- c) il faut davantage insister sur les aspects éthiques qui entourent le processus de dépistage;
- d) il est possible que l'incidence de la maladie soit sous-estimée à cause du peu de moyens disponibles pour effectuer les tests de dépistage, en particulier dans les zones reculées;
- e) il a été proposé d'utiliser la lutte contre la drépanocytose comme point d'entrée des programmes de santé génésique et de mettre au point des mécanismes plus élaborés pour impliquer davantage les hommes dans les problèmes de santé génésique;

- f) Il convient de relever l'importance de l'engagement de la société civile dans la prévention et la lutte contre la drépanocytose.
- g) Il faut être plus explicite sur ce qu'il est possible de faire en matière de dépistage au niveau des soins de santé primaires.

124. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) le paragraphe 4 de l'introduction devrait se référer à la résolution de la Cinquante- Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la drépanocytose;
- b) dans la section Analyse de la situation : (i) au paragraphe 6, inclure la Sierra Léone dans la liste des pays où le taux de prévalence est le plus élevé ; (ii) au paragraphe 10 ajouter "*et sa communauté*" après "*famille*" ; (iii) dans la version française, ajouter le mot "*curatif*" après "*traitement*" au paragraphe 11 ; ajouter "*antipaludéens*" à la fin de la deuxième phrase;
- c) dans la section Perspectives, la dernière phrase du paragraphe 14 doit inclure le dépistage des parents vivant dans des régions à forte prévalence;
- d) la conclusion doit relever la nécessité d'intensifier le plaidoyer et de promouvoir une meilleure prise de conscience.

125. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional.

126. Le Sous-Comité du Programme a recommandé la soumission du document, avec ses amendements, au Comité régional, pour adoption.

## QUESTIONS DIVERSES

127. Un membre du Sous-Comité du Programme a informé le Sous-Comité d'une demande du Ministre de la Santé d'Afrique tendant à inscrire trois thèmes

supplémentaires de discussion à l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional. Ces thèmes sont les suivants :

- a) Destruction des stocks de virus variolique;
- b) Participation des États Membres de la Région africaine au processus d'élection du prochain Directeur général de l'OMS;
- c) Activation du poste de Directeur général adjoint de l'OMS.

128. Le Directeur régional a rappelé que l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional avait déjà été convenu au cours de la cinquante-cinquième session du Comité. Cependant, il a expliqué que le Règlement intérieur du Comité régional pour l'Afrique prévoit l'ajout de thèmes de discussion, en concertation avec le Président du Comité régional.

129. S'agissant de la destruction des stocks de virus variolique, le Directeur régional a fait savoir aux membres du Sous-Comité du Programme qu'à une séance spéciale est envisagée, avec la participation d'experts, en marge de la réunion du Comité régional. Cette séance spéciale serait axée sur les aspects techniques et scientifiques liés aux progrès réalisés dans la recherche en utilisant des virus varioliques vivants. Si la République d'Afrique du Sud demandait des discussions formelles au cours de la cinquante-sixième session du Comité régional, le Directeur régional envisagerait alors, en concertation avec le Président, l'inscription de cette question à l'ordre du jour, conformément au Règlement intérieur.

130. S'agissant de la nomination du nouveau Directeur général, le Directeur régional a indiqué que lors de sa 118<sup>ème</sup> session du 30 mai 2006, le Conseil exécutif a suspendu la règle N° 52, afin de permettre une nomination accélérée qui sera confirmée par la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra le 9 novembre 2006. Afin de faciliter les consultations entre les ministres de la santé de la Région africaine, le Secrétariat est en train de prendre des dispositions pour disposer d'une salle de conférence équipée de systèmes d'interprétation simultanée pour une réunion des ministres à Addis Abéba, le dimanche matin, 27 août 2006, à la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. Il a rappelé la disponibilité du Secrétariat de l'OMS à faciliter la participation des États Membres à la mise en œuvre de la résolution EB118.R2 du Conseil exécutif.

131. S'agissant de l'activation du poste de Directeur général adjoint de l'OMS, la 118<sup>ème</sup> session du Conseil exécutif avait déjà précisé qu'il n'y avait actuellement aucune vacance. En fait, le Dr Anders Nordström avait été nommé à ce poste par l'ancien Directeur général. De plus, le Conseil exécutif avait désigné le Dr Nordström comme Directeur général par intérim, cumulativement avec son poste de Directeur général adjoint.

#### **ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

(document AFR/RC56/PSC/14)

132. Après avoir examiné le rapport, procédé à des débats et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport, tel qu'amendé.

#### **ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL**

133. Le Sous-Comité du Programme a décidé que son Président et ses Rapporteurs présenteraient le rapport au Comité régional et que, au cas où l'un des rapporteurs ne serait pas en mesure de participer au Comité régional, le Président présenterait la partie du rapport concernée.

134. La répartition des responsabilités pour la présentation du rapport au Comité régional a été la suivante :

a) Dr Shehu Sule (Président) : Points suivants de l'ordre du jour :

- 8.1 Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009.
- 8.2 Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération
- 8.3 Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent.

- b) Dr Babacar Drame (Rapporteur pour le français) : Points suivants de l'ordre du jour :
- 8.4 Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
  - 8.5 Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives
  - 8.6 Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine.
- c) Dr Prince Albert T. Roberts (Rapporteur pour l'anglais) : Points suivants de l'ordre du jour :
- 8.7 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine
  - 8.8 Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS
  - 9. Examen du projet de Plan stratégique à moyen terme 2006-2013 et du projet du Budget Programme 2008-2009.
- d) Dr Jose Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho (Rapporteur pour le portugais) : Points suivants de l'ordre du jour :
- 8.9 Grippe aviaire : Présentation et riposte contre la menace d'une pandémie
  - 8.10 Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques
  - 8.11 La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives.

## CLÔTURE DE LA RÉUNION

135 Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active aux travaux. Il a également remercié le Secrétariat pour la bonne présentation des documents et la facilitation globale de la réunion. Il a en outre remercié le Directeur régional, le Directeur de la Gestion du Programme et les Directeurs des Divisions pour leur action qui contribue à repousser les frontières de la santé dans la Région africaine.

136. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat de la Namibie, du Niger, du Nigéria, du Rwanda, de Sao Tomé et Príncipe, et du Sénégal, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité. Ils seront remplacés par l'Algérie, l'Angola, le Bénin, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe. Les membres sortants du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour avoir facilité leur mission et pour l'assistance technique fournie aux pays. Ils ont également réitéré la nécessité d'examiner le mandat du Sous-Comité du Programme et le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS avant la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

137. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active et pour l'excellente qualité de leurs contributions. Il a souligné la nécessité d'innovations dans l'appui à la réforme des systèmes de santé dans les États Membres. Au niveau du Bureau régional, le rôle de l'OMS porte essentiellement sur l'échange d'informations et la fourniture d'un appui technique. Au niveau des pays, les équipes-pays de l'OMS doivent de plus en plus jouer un rôle plus actif dans la facilitation de la collaboration entre les différents partenaires, afin d'améliorer la mobilisation des ressources nécessaires pour soutenir les efforts déployés par les pays.

138. Réagissant à des questions spécifiques soulevées par des membres du Sous-Comité du Programme, le Directeur régional a réaffirmé la nécessité de revoir la taille, les fonctions et le mandat du Sous-Comité du Programme. La composition du Sous-Comité pourrait être élargie pour inclure trois ou quatre pays supplémentaires. Ses fonctions pourraient être étendues pour garantir la corrélation entre les travaux du Comité régional, de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, afin d'améliorer la communication et l'information des délégués de la Région participant

à ces assises. S'agissant du Plan stratégique à moyen terme, le Directeur régional a déclaré que ce document est encore en cours d'examen et qu'il sera mis à la disposition des membres du Sous-Comité du Programme dès sa finalisation dans les trois langues officielles.

139. Le Directeur régional a remercié le Secrétariat et les interprètes pour l'excellente qualité du travail accompli, qui a contribué au succès de la réunion.

140. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

LISTE DES PARTICIPANTS

1. MEMBRES DU SOUS-COMITÉ  
DU PROGRAMME

**NAMIBIE**

Dr Norbert P. Forster  
Under Secretary, Health and Social  
Welfare Policy

**NIGER**

Dr Fatimata Moussa  
Secrétaire Générale  
Ministère de la Santé

**NIGÉRIA**

Dr Shehu Sule  
Director, Community Health and  
Population Activities

**RWANDA**

Dr Eliphaz Ben Karenzi  
Secrétaire Général au Ministère de la Santé

**SAO TOMÉ ET PRINCIPE**

Dr José Manuel Jesus Alves De Sousa  
Carvalho  
Directeur des Soins de Santé

**SÉNÉGAL**

Dr Babacar Dramé  
Médecin Colonel  
Directeur de la Santé

**SEYCHELLES**

Dr Bernard Valentin  
Director General for Health Planning and  
Information

**SIERRA LÉONE**

Dr Prince Albert T. Roberts  
Deputy Director General for  
Primary Health Care

**AFRIQUE DU SUD**

Dr. Yogan Pillay  
Director of Planning,  
Department of Health

**SWAZILAND**

Dr Cesphina Mabuza  
Director of Medical Services

**TANZANIE**

Dr Z.A. Berege  
Director of Hospital Services

**TOGO**

Dr Potougnima Tchamdja  
Directeur Général de la Santé

**2. COMITÉ CONSULTATIF  
AFRICAIN POUR LA  
RECHERCHE ET LE  
DÉVELOPPEMENT  
SANITAIRES (CCARDS)**

**MAURICE**

Dr Sylvain Shunker Manraj  
Chairman of the African Advisory  
Committee for Health Research and  
Development

**3. MEMBRES DU CONSEIL  
ÉXECUTIF**

**LIBÉRIA\***

**MADAGASCAR**

(Mme) Dr Marie Perline Odette  
Rahantanirina  
Directeur de la Santé de la Famille

---

\* N'a pas pu participer.

## ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC56/PSC/1)
4. Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009 (document AFR/RC56/PSC/3)
5. Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/PSC/4)
6. Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/PSC/5)
7. Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/6)
8. Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/PSC/7)
9. Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/8)
10. Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/9)
11. Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/PSC/10)
12. Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/PSC/11)
13. Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques (document AFR/RC56/PSC/12)
14. La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/PSC/13)
15. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC56/PSC/14)
16. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
17. Clôture de la réunion.

### APPENDICE 3

#### PROGRAMME DE TRAVAIL

1<sup>er</sup> JOUR : MARDI 6 JUIN 2006

<b>10 h00 – 10 h 10</b>	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
<b>10 h10 – 10 h 20</b>	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du président, du Vice-président et des Rapporteurs
<b>10 h20 – 10 h 30</b>	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC56/PSC/1)
<b>10 h30 – 11 h 00</b>	<i>Pause-café et fruits</i>	
<b>11 h00 – 12 h 30</b>	Point 4 de l'ordre du jour	Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009 (document AFR/RC56/PSC/3)
<b>12 h30 – 14 h 00</b>	<i>Pause-déjeuner</i>	
<b>14 h00 – 15 h 30</b>	Point 5 de l'ordre du jour	Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/PSC/4)
<b>15 h30 – 17 h 00</b>	Point 6 de l'ordre du jour	Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/PSC/5)

2<sup>ème</sup> JOUR : MERCREDI 7 JUIN 2006

<b>9 h 00 – 10 h 30</b>	Point 7 de l'ordre du jour	Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/6)
<b>10 h30 – 11 h 00</b>	<i>Pause-café et fruits</i>	
<b>11 h00 – 12 h 30</b>	Point 8 de l'ordre du jour	Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/PSC/7)
<b>12 h30 – 14 h 00</b>	<i>Pause-déjeuner</i>	
<b>14 h00 – 15 h 30</b>	Point 9 de l'ordre du jour	Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/8)

**15 h30 – 16 h 30** Point 10 de l'ordre du jour Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine  
**(document AFR/RC56/PSC/9)**

**17 h00** *Réception*

3<sup>ème</sup> JOUR : JEUDI 8 JUIN 2006

**9 h 00 – 10 h 00** Point 11 de l'ordre du jour Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine  
**(document AFR/RC56/PSC/10)**

**10 h 00 – 10 h 30** *Pause-café et fruits*

**10 h 30 – 12 h 00** Point 12 de l'ordre du jour Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques  
**(document AFR/RC56/PSC/12)**

**12 h 00 – 14 h 00** *Pause-déjeuner*

**14 h 00 – 15 h 00** Point 13 de l'ordre du jour Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie  
**(document AFR/RC56/PSC/11)**

**15 h 00 – 16 h 00** Point 14 de l'ordre du jour La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives  
**(document AFR/RC56/PSC/13)**

4<sup>ème</sup> JOUR : VENDREDI 9 JUIN 2006

**9 h 00 – 13 h 00** Rédaction du rapport

**14 h** Point 15 de l'ordre du jour Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme **(document AFR/RC56/PSC/14)**

Point 16 de l'ordre du jour Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional

Point 17 de l'ordre du jour Clôture de la réunion

## ANNEXE 5

### RAPPORT DE LA TABLE RONDE

#### **Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie**

1. La Table ronde sur l'action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie s'est tenue le 31 août 2006, sous la présidence du Ministre de la Santé et de la Qualité de la Vie de Maurice. Dans ses remarques liminaires, le Président a déclaré que le thème retenu était à la fois actuel et pertinent, étant donné la double charge de morbidité et l'apparition d'un certain nombre de nouvelles maladies dont la plupart peuvent être évitées. Le Président a défini la promotion de la santé comme un processus destiné à garantir la participation de la population à l'action de santé et à prévenir la maladie. Il a ensuite expliqué les raisons pour lesquelles du temps était consacré à l'examen de la question, soulignant que la promotion de la santé était un élément critique de l'ensemble du développement sanitaire. Il a ajouté que la promotion de la santé était considérée aux niveaux mondial et régional comme un outil permettant de prendre en compte les déterminants généraux (sous-jacents) de la santé, tout comme la situation sanitaire générale. Le Président a ensuite esquissé les grandes lignes des discussions, au cours desquelles plus de vingt interventions ont été faites.

2. Évoquant les expériences et les enjeux relatifs à la mise en œuvre de l'action de promotion de la santé dans les pays, les participants ont mentionné les points essentiels suivants :

- a) Il est de toute urgence nécessaire de s'attaquer aux principaux déterminants de la santé et de revenir à une vie naturelle pour promouvoir la santé.
- b) Les capacités de mise en œuvre de l'action de promotion de la santé sont insuffisantes dans la plupart des pays de la Région.
- c) Au-delà du secteur de la santé, il y a plusieurs acteurs associés à la mise en œuvre de l'action de promotion de la santé, mais il existe peu de mécanismes de coordination.

- d) La promotion de la santé est un outil d'un bon rapport coût-efficacité pour le développement sanitaire intégré.
  - e) La *promotion de la santé* et ses composantes - *éducation sanitaire, information, éducation et communication, et communication pour faire changer les comportements* - sont parfois mentionnées de façon interchangeable.
  - f) Les interventions de promotion de la santé sont actuellement axées sur les maladies transmissibles.
3. Diverses recommandations ont été formulées; elles sont regroupées ci-après en quatre grandes catégories:
4. Intensification et coordination de la promotion de la santé dans les secteurs publics et dans les programmes de développement :
- a) Il est nécessaire d'adopter un mode de pensée nouveau, orienté vers une conception large de la santé qui insiste sur la promotion de la santé et la prévention.
  - b) Il faudrait renforcer la mise en oeuvre d'interventions intégrées et complètes de promotion de la santé.
  - c) La composante promotion de la santé devrait être intégrée dans tous les programmes du secteur public, les programmes visant à réduire la pauvreté et les programmes de développement.
  - d) Dans l'action des systèmes de santé, il faudrait accorder un rang de priorité élevé à la promotion de la santé, car les résultats touchent à tous les aspects de la santé et du bien-être.
  - e) Une information de santé publique appropriée sur toutes les maladies prévalentes devrait être donnée à l'ensemble de la population.

- f) La promotion de la santé ne doit pas consister seulement à impartir des connaissances: le résultat final doit être un changement de comportement.
  - g) Il faudrait évaluer les activités de promotion de la santé pour en déterminer les résultats et l'impact.
  - h) Les approches de la promotion de la santé devraient être harmonisées à l'intérieur des pays, et il faudrait repérer les caractéristiques régionales essentielles.
  - i) Le secteur de la santé devrait jouer un rôle directeur pour mobiliser et coordonner les actions de tous les autres secteurs public et privé et d'autres acteurs.
  - j) Tous les dispensateurs de soins devraient être familiarisés avec la promotion de la santé.
  - k) Les pays devraient donner une feuille de route pour la promotion de la santé, qui permette d'atteindre toutes les couches de la société.
  - l) Il faudrait mettre en place, à tous les niveaux, des mécanismes de coordination des programmes de promotion de la santé.
  - m) Il faudrait faire de la promotion de la santé un élément transsectoriel obligatoire du système de santé.
5. Renforcement de la participation durable des communautés et de la société civile à l'action de promotion de la santé :
- a) La mise en œuvre de l'action de promotion de la santé doit se faire de préférence au niveau des ménages, de manière à assurer une couverture universelle.
  - b) La promotion de la santé devrait être clairement ciblée, en particulier sur les populations à risque (par exemple les femmes et les enfants).

- c) Les interventions de promotion de la santé doivent être adaptées à la société et à la culture locales.
  - d) Les lieux de travail, les écoles et les communautés doivent être vus comme des environnements déterminants pour la promotion de la santé.
  - e) La promotion de la santé devrait privilégier les maladies prioritaires ainsi que l'alimentation, l'exercice physique et d'autres interventions axées sur les maladies non transmissibles.
  - f) Il faudrait trouver des approches communautaires efficaces et les appliquer dans toutes les communautés pour s'attaquer à des problèmes prioritaires tels que la nutrition.
  - g) Les tradipraticiens devraient être mobilisés pour l'action de promotion de la santé.
  - h) Il faut mettre en place et institutionnaliser des mécanismes propres à faciliter la participation des communautés à la promotion de la santé. Il s'agit notamment d'employer et de former du personnel de niveau communautaire.
  - i) Les organisations de la société civile devraient être mobilisées à l'appui des interventions communautaires.
6. Engagement constructif du secteur privé en faveur de la promotion de la santé :
- a) Il faudrait élaborer des mécanismes, des politiques et des programmes pour associer le secteur privé à la promotion de la santé, ou renforcer de tels mécanismes s'ils existent déjà.
  - b) Il faudrait instaurer des partenariats entre les pouvoirs publics et les organisations du secteur privé, en particulier pour s'attaquer aux questions liées à l'alimentation, à la nutrition et à l'exercice physique.
  - c) Il convient d'envisager la possibilité d'assurer des repas à l'école.

7. Mise en place d'une infrastructure de base pour la promotion de la santé à tous les niveaux de la société :

- a) Les pays devraient veiller à ce qu'il y ait des structures, une dotation en personnel et des stratégies pertinentes et adéquates pour guider la mise en oeuvre de l'action de promotion de la santé à tous les niveaux.
- b) Il faudrait mobiliser à tous les niveaux un leadership politique à l'appui de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.
- c) Il faudrait mener des études sur l'efficacité de diverses approches de la promotion, ainsi que documenter et mettre en commun les expériences faites.
- d) Il faudrait procéder à une allocation budgétaire suffisante pour appuyer les programmes de promotion de la santé.
- e) Des mécanismes devraient être mis au point pour la mise en oeuvre d'interventions transfrontières de promotion de la santé.
- f) L'OMS et les partenaires devraient aider les pays en leur fournissant des directives, des exemples de meilleures pratiques, une assistance technique et des activités interpays pour garantir le renforcement de l'infrastructure en faveur de la promotion de la santé.
- g) L'OMS et les partenaires devraient faciliter l'examen de divers programmes d'études pour faciliter l'inclusion de la promotion de la santé dans tous les programmes de formation médicale et apparentée.
- h) Il faudrait mener une action de plaidoyer auprès de tous les gouvernements et les partenaires du développement pour veiller à ce que l'on investisse suffisamment dans la promotion de la santé.
- i) Il faudrait inscrire la nutrition et d'autres aspects importants de la promotion de la santé dans les programmes scolaires.
- j) Une législation et des politiques appropriées devraient être adoptées pour assurer la protection de toute la population contre les substances, les processus et les milieux nocifs et créer des environnements favorables à la santé.

## RAPPORT DE LA DISCUSSION DE GROUPE

### Lutte antipaludique dans la Région africaine : Expériences et perspectives

#### Contexte

1. Les populations africaines, en particulier les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes, continuent de payer un lourd tribut au paludisme. Des outils et interventions présentant un bon rapport coût-efficacité sont disponibles, mais les taux de couverture sont encore d'un bas niveau inacceptable dans bon nombre de pays de la Région africaine. Des signes d'espoir viennent cependant de certains pays où se dessine un recul de la mortalité infantile globale dans laquelle le paludisme pourrait représenter une part significative. Au cours du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine tenu à Abuja en mai 2006, les dirigeants africains ont réitéré leur engagement à combattre le paludisme, le VIH et la tuberculose, dans le contexte plus large du développement économique. La discussion de groupe sur le thème de la lutte antipaludique dans la Région africaine a été organisée dans le cadre du point 12 de l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional.

#### Objectifs

2. Les objectifs de la discussion de groupe étaient les suivants:
- a) Partager les expériences et les enseignements tirés des progrès réalisés, de même que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans la Région africaine;
  - b) Identifier les possibilités offertes pour accélérer la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme présentant un bon rapport coût-efficacité;
  - c) Formuler des recommandations à soumettre au Directeur régional sur les perspectives de la lutte antipaludique dans la Région africaine.

**RAPPORT DE LA SÉANCE SPÉCIALE****Faire face aux barrières à la mise à l'échelle dans le domaine de la santé :  
Une réponse coordonnée**

Hôte : Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Présidents : Dr Tim Evans (OMS), Jacques Baudouy (Banque mondiale)

Conférencier : Dr Chris Mwikisa (OMS)

Animateurs : Tshinko Ilunga (Banque africaine de Développement), Andrew Cassels (OMS), OK Pannenberg, Agnes Souchat (Banque mondiale), Pascal Villeneuve, Rudolf Knippenberg (UNICEF)

**Objectif**

1. L'objectif de la séance spéciale était de favoriser l'interaction et de recueillir les vues des Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS et d'autres partenaires du développement sanitaire sur la proposition soumise conjointement par la Banque africaine de Développement, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS pour faire face aux barrières à la mise à l'échelle dans la Région africaine, sur la base d'une réponse coordonnée. La séance spéciale visait également à solliciter des orientations sur la proposition de création d'un mécanisme aux niveaux régional et mondial pour faciliter l'harmonisation et l'alignement des programmes et mécanismes de financement mis en place par les différents partenaires de développement pour appuyer l'établissement des priorités et l'élaboration des politiques et stratégies, sous la conduite des pays eux-mêmes, et pour s'attaquer aux contraintes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé. L'exposé présenté était axé sur le contexte de la proposition, la réponse coordonnée et le mécanisme de facilitation.

**Contexte de la proposition**

2. L'initiative visant à mettre en place un mécanisme aux niveaux régional et mondial pour faciliter l'harmonisation et l'alignement de l'appui des partenaires de

développement et promouvoir le renforcement des systèmes de santé fait suite aux délibérations du Forum de haut niveau sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de ses réunions de suivi (pour de plus amples informations à ce sujet, bien vouloir consulter [www.hlfhealthmdgs.org](http://www.hlfhealthmdgs.org)). Au cours de ces assises, trois thèmes ont été examinés : la réalisation des OMD, l'harmonisation et l'alignement, et le renforcement des systèmes de santé.

3. Les progrès accomplis vers la réalisation des OMD dans la Région africaine restent désespérément lents. Cette situation ne s'explique pas par l'ignorance des approches efficaces pour mettre à l'échelle les interventions. Le projet d'accélération de la survie et du développement de l'enfant, qui est financé par l'ACDI et l'UNICEF, a permis d'établir, au cours de la phase pilote de son exécution au Bénin, au Ghana et au Mali, que des progrès significatifs peuvent être réalisés dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle. L'assistance fournie par la GAVI et le Fonds mondial a aussi permis d'établir que lorsque l'aide financière est bien ciblée, des progrès considérables peuvent être enregistrés dans la lutte contre des maladies spécifiques. Toutefois, l'approche ciblée ne favorise guère la mise à l'échelle, dans la mesure où elle se traduit par une allocation disproportionnée de ressources à un petit nombre de domaines, sans éliminer les barrières à la mise à l'échelle.

4. Dans certains pays, le degré d'harmonisation et d'alignement entre le secteur de la santé (y compris les réformes entreprises dans ce secteur) et les processus plus larges de développement (réforme du secteur public et réforme budgétaire, stratégies de réduction de la pauvreté, planification macroéconomique et financière, etc.) demeure globalement insuffisant ou tout au plus précaire. Cette situation s'est traduite par une faible mobilisation de ressources internes en faveur du développement sanitaire. Les interventions des donateurs et des partenaires ont aussi conduit à la mise en place de différents systèmes de demande, de gestion et de justification des fonds, dans un même environnement, ainsi qu'au manque de prévisibilité de l'aide et à l'allocation disproportionnée de ressources à un petit nombre de domaines prioritaires (par exemple, le VIH/SIDA). Toutes ces insuffisances ont créé une situation fragile qui empêche une planification et une mise en œuvre cohérentes et coordonnées des interventions. La fragmentation a perpétué les faiblesses des systèmes de santé, ralentissant de ce fait les progrès vers la réalisation des OMD.

5. Il ressort des études conduites dans des pays sélectionnés que les faiblesses des systèmes de santé constituent un obstacle majeur à la mise à l'échelle des interventions dont l'efficacité est établie. Dans la plupart des pays, les politiques, stratégies et plans sont élaborés sans que l'on dispose des bases factuelles sur lesquelles ils devraient reposer, ce qui entraîne de nombreux problèmes : pénurie de personnels qualifiés; précarité des systèmes d'achat et des systèmes financiers; organisation inadéquate des systèmes de santé; inadéquation de la législation régissant les soins de santé, et son incapacité à protéger les groupes vulnérables et à garantir l'accès à des soins de qualité; insuffisances des mécanismes de suivi et d'évaluation; et faiblesse du cadre de promotion de l'équité. Sur le plan de la demande, une attention insuffisante est accordée aux besoins des usagers dans des domaines tels que l'information sanitaire, les soins courants et de qualité, les coûts d'option et la disponibilité de prestations combinées bien règlementées, organisées de manière à promouvoir le choix.

6. Compte tenu de tous les facteurs susmentionnés, les partenaires multilatéraux et bilatéraux sont de plus en plus saisis de demandes d'assistance technique et de conseils. Ils sont inondés de requêtes et de questions dont voici quelques exemples :

- «Comment pouvons-nous nous doter d'une marge de manœuvre financière et mobiliser des ressources suffisantes pour appuyer les priorités sanitaires ?».
- «Pouvez-vous nous aider à faire du secteur de la santé un acteur central des stratégies et plans nationaux de réduction de la pauvreté ?».
- «L'appui des donateurs est de plus en plus fragmenté : que devons-nous faire pour veiller à ce que les fonds des donateurs, y compris au titre du budget général, appuient les priorités nationales ?».
- «Que devons-nous faire pour obtenir un appui transversal accru en vue de la réalisation des objectifs sanitaires ?».
- «Que devons-nous faire pour obtenir un appui en vue d'identifier et de surmonter les contraintes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé et qui entravent les progrès vers la réalisation des OMD ?».

## Réponse coordonnée

7. Le consensus général qui s'est dégagé parmi les partenaires et au cours des réunions du Forum de haut niveau était que les OMD ne pouvaient pas être réalisés si les pays et les partenaires de développement maintenaient leurs méthodes de travail habituelles. Il est donc nécessaire d'accélérer les progrès. À cette fin, il faudra généralement mettre en place des politiques, stratégies et plans sanitaires conduits par les pays eux-mêmes et adaptés ou intégrés au processus de planification macroéconomique et financière de chaque pays. Il faudra également fournir des conseils adaptés à chaque cas pour une conception efficace des systèmes de mise en œuvre, tout comme il sera nécessaire que les donateurs et les partenaires de développement changent de comportement et mettent en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, afin de garantir l'harmonisation et l'alignement de l'appui qu'ils fournissent aux pays. Une équipe composée de partenaires de développement et d'experts, placée sous la coordination d'un groupe spécialisé basé dans la Région africaine et bénéficiant d'un appui au niveau mondial, semble être le mécanisme le plus indiqué pour une réponse coordonnée. Par souci de cohérence, tout appui doit viser à répondre aux besoins et à la demande, et doit être adapté à la situation spécifique du pays concerné.

## Mécanisme de facilitation

8. La Banque africaine de Développement, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé ont proposé la mise en place d'un mécanisme pour s'assurer que les recommandations du Forum de haut niveau et de ses réunions de suivi sont mises en œuvre. Le mécanisme en question, appelé *Assistance aux programmes pour faciliter la santé* (PAFH) dans la Région africaine, sera chargé de l'harmonisation et de l'alignement des processus et systèmes des donateurs sur les politiques et programmes conduits par les pays eux-mêmes, ainsi que du renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation des OMD. L'objectif visé est de garantir l'atteinte des objectifs susmentionnés, le plus rapidement possible, dans au moins 23 pays de la Région africaine.

### *Au niveau des pays*

9. En fonction des besoins et des demandes des pays, le mécanisme PAFH appuiera l'élaboration de politiques, stratégies et plans fondés sur des bases factuelles et

orientés vers les résultats, en vue de la réalisation des OMD. Son programme de travail sera axé sur l'évaluation des besoins pour la réalisation des OMD; l'élaboration et l'établissement du coût des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux; la budgétisation orientée vers les résultats; l'identification des déficits de financement des systèmes de santé; l'analyse de la marge de manœuvre financière; les plans de mobilisation des ressources, en tenant compte des fonds existants, de la volatilité, de la prévisibilité et du manque d'alignement.

10. Le mécanisme PAFH fournira également un appui aux partenaires de développement actuels et potentiels pour les aider à revoir la conception de leurs mécanismes d'intervention, d'appui et d'aide, de manière à les harmoniser et à les aligner sur les principaux systèmes en place dans les pays, en réduisant au minimum les perturbations. Il s'agira notamment de l'appui destiné à la conception de programmes et interventions alignés sur les priorités et besoins sanitaires nationaux ou garantissant un tel alignement; à l'intégration du financement et des systèmes comptables des donateurs dans le cadre budgétaire global; à l'élaboration de protocoles d'accords sur les responsabilités mutuelles et de cadres communs de gestion.

11. Le mécanisme appuiera par ailleurs les efforts de collaboration avec les pays et leurs partenaires de développement actuels et potentiels dans la conception, la modification, le développement et l'amélioration de leurs systèmes de santé. À ce titre, le mécanisme appuiera notamment la mise en place de systèmes de gestion des services et institutions (y compris la réforme du secteur de la santé); de systèmes de prestation des services de santé aux niveaux du district et des communautés; de stratégies et plans de développement des ressources humaines; de politiques salariales et de plans de mise en œuvre de ces politiques; de systèmes de sous-traitance et de contrats de performance; et de systèmes d'achat et de gestion financière.

#### *Au niveau régional*

12. Au niveau régional, le mécanisme concentrera ses efforts sur les initiatives visant délibérément à renforcer les capacités institutionnelles dans le domaine de la fourniture d'un appui technique aux pays. Il s'emploiera en outre à :

- a) entreprendre ou appuyer la mise en œuvre des activités identifiées au niveau des pays;
  - b) effectuer régulièrement des analyses et établir des rapports, sur la base des données d'expérience recueillies au niveau des pays;
  - c) fournir à toutes les parties prenantes des perspectives complètes sur les progrès à accomplir et sur les besoins et demandes des pays pour réaliser les OMD dans la Région africaine;
  - d) servir de facilitateur et fournir un appui pour faciliter la mobilisation des ressources financières, leur déblocage et leur allocation aux pays;
  - e) mener le plaidoyer pour influencer et éclairer le processus de prise de décisions en faveur du développement sanitaire dans la Région africaine.
13. Son programme de travail doit inclure les prochaines étapes suivantes :
- a) Constituer une équipe régionale conjointe (Secrétariat du mécanisme PAFH), composée de spécialistes de l'analyse des politiques, d'experts en développement institutionnel, d'économistes, de planificateurs et d'experts financiers de la BAD, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'OMS;
  - b) Élaborer un programme d'action;
  - c) Créer un forum des partenaires de la santé en Afrique, composé de représentants de toutes les parties prenantes, et notamment du Comité régional, de l'UA, du NEPAD et d'autres acteurs dont il faudra convenir;
  - d) Lancer les interventions dans des pays sélectionnés.

## **Débats**

14. Dans l'ensemble, les ministres et les partenaires ont estimé que l'initiative était pertinente et opportune, et qu'elle permettait de répondre à la plupart des besoins et demandes des pays, sous réserve du succès de sa mise en œuvre. En particulier, ils ont estimé que la Déclaration de Paris et la nécessité d'un mécanisme chargé

spécialement du renforcement des systèmes de santé étaient des questions importantes qui méritaient une attention urgente. La plupart d'entre eux ont réitéré que même si les pays recevraient la totalité des fonds requis, ils auraient toujours besoin d'une assistance pour l'application efficace et efficiente de ces fonds aux plans. Il ne suffisait pas de trouver des solutions aux problèmes affectant les systèmes de santé; il fallait aussi harmoniser les pratiques et aligner les interventions des donateurs d'une manière appropriée. L'absence de consensus entre les pays et les donateurs sur les voies et moyens de réaliser les OMD, bien qu'ils s'accordent sur la nécessité de réaliser ces OMD, a également été déplorée.

#### *Réduction de la fragmentation*

15. Les participants ont exprimé des préoccupations au sujet du rythme des progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. La plupart d'entre eux ont estimé que la volatilité de l'aide demeurait un problème sérieux. Il était difficile de prévoir la fiabilité et les flux des promesses d'aide. Apparemment, au lieu que des ressources suffisantes soient effectivement disponibles à l'échelle mondiale, il y avait plutôt simplement de nombreuses promesses non honorées, du fait du manque chronique de prévisibilité des flux de ressources. Les participants ont fait observer que même lorsqu'il existait des plans et budgets sectoriels robustes, les donateurs se montraient réticents à aligner leurs interventions sur ces plans ou à fournir avec suffisamment de flexibilité des ressources pour leur mise en œuvre. La désillusion semblait générale quant à l'acceptabilité des SWAp et des banques multilatérales de développement en tant qu'instruments de fourniture de l'appui, et les attentes dans le secteur de la santé étaient rarement satisfaites, en raison du maintien du système de fonds affectés à des fins particuliers.

16. La question des mécanismes de partenariat et de financement mis en place au niveau mondial a également été soulevée. Tout en reconnaissant leur rôle dans la prise de conscience de la nécessité de financer la santé, la plupart des participants se sont déclarés préoccupés par leurs modalités de fonctionnement qui contribuaient à accentuer le pluralisme des systèmes des donateurs dans un même environnement. Les participants ont également reproché aux mécanismes de partenariat et de financement de cibler des maladies ou affections particulières, introduisant ainsi des distorsions dans la gestion des programmes et des ressources. Ils ont en outre critiqué la gestion des unités des partenaires mondiaux. À leur avis, leurs systèmes de gestion

étaient peu commodes, et les commissions payées aux gestionnaires et administrateurs des fonds trop élevées. Rien n'était fait pour assurer le transfert des capacités requises aux pays.

17. Les participants ont estimé qu'il était nécessaire d'aligner d'une meilleure façon et plus strictement les interventions, plans et stratégies des partenaires de développement sur les priorités et plans établis par les pays eux-mêmes, afin de réaliser les OMD. Les ministres et les délégués ont été unanimes à reconnaître la nécessité d'une plus grande harmonisation des processus et systèmes des partenaires de développement et des donateurs, avec une incidence minimale sur les systèmes du pays concerné et ses exigences en matière de soumission de rapports. Pour faire face aux incertitudes dans les flux et aux distorsions associées aux mécanismes existants, il a été proposé que le mécanisme PAFH soit également chargé de faciliter les flux et la mobilisation des ressources en faveur du renforcement des systèmes de santé.

18. Une autre question abordée au cours des débats a été le manque de flux de ressources des donateurs à destination des pays classés comme des pays à revenu intermédiaire. Les participants ont estimé que le terme «pays à revenu intermédiaire» n'était pas indiqué et pouvait décourager les efforts visant à appuyer la mise à l'échelle des interventions dans des pays qui étaient autrement capables de réaliser les OMD, s'ils bénéficiaient d'un peu d'aide. Le mécanisme proposé devait promouvoir un changement de paradigme qui permettrait aux pays à revenu intermédiaire de bénéficier de toutes les initiatives existantes en faveur de la santé.

#### *Priorité accordée à la santé dans la promotion du développement durable*

19. Les processus plus globaux de promotion du développement tels que la réforme du secteur public, les stratégies de réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme ont également été abordés au cours des débats. Des préoccupations ont été exprimées au sujet du manque d'appui soutenir ces réformes économiques. Les considérations relatives à l'appui budgétaire multidonateurs et aux stratégies de réduction de la pauvreté ont été présentées comme des menaces aux programmes de réforme ciblant spécifiquement le secteur de la santé. Les participants ont également fait observer que les ministères des finances, de la planification et du développement économique n'accordaient pas la priorité voulue à la santé, ce qui réduisait la part des ressources internes destinée au secteur de la santé. Ils ont demandé un appui pour faciliter l'engagement de ces ministères, sous forme de conseils sur l'analyse de

la marge de manœuvre financière et sur la planification et la collaboration intervectorielles. Ils ont aussi exprimé un plus ferme engagement en faveur de la décentralisation au niveau des pays. Ils ont enfin sollicité une assistance pour renforcer les capacités des pays à élaborer des politiques et des plans d'investissement dans la santé fondés sur des bases factuelles, et à fournir des orientations sur leur mise en œuvre.

#### *Ressources humaines pour la santé*

20. La crise des ressources humaines pour la santé a été présentée comme une source de grave et constante préoccupation. La réticence des donateurs à financer les coûts de fonctionnement tels que les salaires et les incitations à travailler dans les zones rurales ou les efforts visant à améliorer les conditions de travail, en particulier dans les zones démunies et reculées, a aussi été déplorée. De l'avis de certains participants, la définition du développement des ressources humaines devrait être revue pour y inclure l'organisation des carrières. La question de la fuite des cerveaux a été soulevée. À cet égard, l'on a appris avec intérêt que certains pays disposaient d'un excédent de ressources humaines. Il a donc été proposé que le mécanisme PAFH mette en place une base de données sur les ressources humaines au sein de la Région, ainsi que des répertoires d'experts, et qu'il diffuse le plus largement possible l'information à ce sujet. Le mécanisme devrait également faciliter la conclusion d'accords bilatéraux entre pays sur le partage des personnels de santé en vue de faire face à la pénurie actuelle et de redresser le déséquilibre entre pays à ce sujet au sein de la Région. Les participants ont préconisé l'établissement de liens solides entre les différentes initiatives mondiales mises en œuvre sur la question.

#### *Systèmes alternatifs de santé*

21. Les participants ont exprimé des préoccupations au sujet de l'approche actuelle d'engagement des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales dans l'appui à la santé. Les principales objections concernaient l'engagement direct et parallèle des organisations non gouvernementales par les partenaires de développement et le regroupement des pays en fonction des programmes et des préférences sociogéographiques des donateurs et des partenaires de développement, sans l'aval des gouvernements. Les participants ont également déploré le manque d'information sur la nature des engagements et les attentes en la matière, ainsi que le double emploi et l'affaiblissement des efforts déployés par les

pays pour mettre en place des systèmes de santé viables. Dans le cas des États fragiles, cette alternative aux systèmes publics de santé est considérée comme ne répondant pas à la nécessité de renforcer le rôle des gouvernements dans l'administration et la direction de plus long terme du secteur de la santé.

#### *Préoccupations supplémentaires*

22. Bien que la proposition ait été accueillie avec enthousiasme, elle a aussi suscité des débats animés sur les modalités pratiques de fonctionnement du mécanisme PAFH. La simple mention de l'instauration d'un autre partenariat a provoqué une certaine gêne, d'autant plus que des frustrations étaient fréquemment exprimées au sujet des mécanismes de partenariat existants et que personne ne voulait que se répètent les circonstances ayant conduit à la prolifération de systèmes parallèles dans un même environnement. Des appréhensions ont également été exprimées quant à la possibilité que l'introduction d'un autre mécanisme présenté comme prometteur aboutisse une fois de plus à des demandes assorties de conditions et à une fragmentation plus poussée. Les participants ont demandé que des assurances et des réponses leur soient données sur un certain nombre de questions. En réponse à ces préoccupations, il a été précisé que l'initiative visait à encourager les organisations existantes à collaborer d'une manière plus productive, et non à mettre en place un nouveau système de fourniture de l'aide pour lutter contre les maladies ou financer des programmes.

#### **Orientations et récapitulation**

23. La proposition de constituer au niveau régional une équipe des partenaires de développement, chargée des questions relatives à l'alignement, à l'harmonisation et au renforcement des systèmes de santé, a été accueillie favorablement. Les ministres et les délégués ont demandé que davantage d'informations leur soient fournies, à mesure qu'avance le processus et que le mécanisme se met en place et devient opérationnel. Ils ont recommandé de ne pas limiter le mécanisme uniquement aux organisations qui l'ont initiée, mais plutôt d'encourager activement d'autres partenaires à y adhérer, en particulier les partenaires bilatéraux. L'initiative devrait viser à appuyer l'élaboration des politiques et stratégies sanitaires et le renforcement des systèmes de santé des pays, et à identifier les voies et moyens de s'assurer que tous les partenaires de développement harmonisent leurs pratiques et les alignent sur celles des pays. L'aide doit être fournie aux pays sur le terrain. Elle manquerait de

pertinence si les donateurs et les partenaires ne viennent pas sur place pour aider les pays à renforcer effectivement leurs capacités d'intervention.

24. La Banque mondiale, la BAD, l'UNICEF et l'OMS ont donné aux ministres et aux délégués l'assurance de leur plein engagement en faveur de ce partenariat, ainsi que de leur disposition à réviser et à harmoniser leurs procédures et règles. Ces organisations se sont engagées à changer leur façon de travailler dans la mesure où les réformes entreprises dans le secteur de la santé, en particulier, et les autres réformes mises en œuvre jusque-là, en général, n'avaient pas permis d'obtenir les résultats attendus. Le mécanisme suscite des espoirs parce qu'il produira des bases factuelles utiles pour accroître l'efficacité de la planification et de la mise en œuvre des interventions, et plaidera auprès de tous les donateurs en faveur de la mobilisation de ressources accrues, en plus d'encourager les donateurs à aligner et à harmoniser leurs pratiques dans les pays. Le programme d'action et le programme de travail à élaborer seront suffisamment ouverts et flexibles pour que tous les partenaires y adhèrent. La question de l'engagement de la société civile, des ONG et des pays à revenu intermédiaire sera également dûment prise en compte.

### **Résultats attendus**

3. À l'issue de la discussion de groupe, les résultats suivants auront été obtenus:
  - a) Les pays d'endémie auront partagé les expériences et les enseignements tirés des progrès réalisés, de même que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans la Région africaine;
  - b) Les possibilités offertes pour accélérer la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme présentant un bon rapport coût-efficacité auront été identifiées;
  - c) Des recommandations auront été formulées sur les perspectives de la lutte contre le paludisme dans la Région africaine.

### **Déroulement des travaux**

4. Le Président de la discussion de groupe était le Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé du Zimbabwe, et le Vice-Président, le Dr Basilio Mosso Ramos, Ministre de la Santé du Cap-Vert. Cinq experts ont présenté des exposés sur la lutte, la prévention, le traitement, la collaboration transfrontalière, la recherche, et le suivi et l'évaluation.

5. La discussion de groupe a enregistré une bonne participation, et les participants ont soulevé des questions pertinentes sur la lutte antipaludique dans la Région africaine. Les résultats attendus ont été obtenus. Les questions suivantes ont été soulevées :

- a) Il a été reconnu que l'appropriation africaine de la lutte antipaludique devait être renforcée, dans la mesure où le paludisme est une maladie essentiellement africaine. Les pays se sont félicités de l'augmentation du nombre de partenaires appuyant leurs efforts de lutte contre le paludisme, mais ils ont préconisé une coordination plus efficace des partenariats.
- b) la nécessité d'une disponibilité accrue et d'une meilleure qualité des tests rapides pour le diagnostic du paludisme a été soulignée par les participants. L'utilisation des dérivés de l'artémisinine pour la monothérapie dans le

secteur privé est une approche qu'il convient de décourager. Il est nécessaire de renforcer les autorités de réglementation pharmaceutique pour leur permettre de veiller à l'application des politiques nationales pertinentes. Il est également nécessaire de renforcer la pharmacovigilance et le contrôle de la qualité, étant donné que les associations thérapeutiques à base d'artémisinine font appel à des médicaments nouveaux.

- c) l'examen de la question des ressources humaines sur les plans qualitatif et quantitatif, en vue d'accélérer les interventions de lutte, constitue une source de grave préoccupation, et les pays ont estimé qu'il était nécessaire de mettre en place des mécanismes pour renforcer les effectifs.
- d) le manque de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent et l'absence de formules pédiatriques pour les associations thérapeutiques à base d'artémisinine entravent les efforts d'accélération de la lutte. Les participants ont invité l'OMS et les partenaires à faciliter les achats groupés pour améliorer la disponibilité des produits et leur approvisionnement à temps aux pays.
- e) la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et les campagnes de vaccination ont été reconnues comme d'excellentes possibilités d'amélioration de la couverture, mais il est nécessaire d'intensifier les efforts d'information, d'éducation et de communication, dans la mesure où la possession d'une moustiquaire ne signifie pas nécessairement son utilisation. La participation communautaire aux efforts de lutte contre le paludisme revêt également une grande importance dans l'amélioration de la couverture et de l'impact des interventions de lutte.
- f) une des principales difficultés identifiées a trait à l'augmentation du financement nécessaire pour une mise en œuvre complète des interventions de lutte contre le paludisme; l'autre difficulté majeure a trait à la pérennisation des acquis de la lutte.
- g) la synchronisation de la planification entre le niveau national et le niveau de district revêt également une grande importance dans l'amélioration de la coordination et l'exécution adéquate des programmes.

- h) les partenaires doivent faciliter le transfert de technologies pour doter les pays africains des capacités nécessaires pour produire sur place ce dont ils ont besoin pour la lutte et pour garantir la viabilité des efforts de lutte.
- i) les moustiquaires imprégnées d'insecticide et les associations thérapeutiques à base d'artémisinine sont encore d'un coût trop élevé pour les populations africaines. Les pauvres, les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes doivent avoir accès aux médicaments à titre gratuit.
- j) des préoccupations ont été exprimées au sujet de la résistance aux associations thérapeutiques à base d'artémisinine et aux insecticides. Il a été précisé que l'on ne disposait pas encore de preuve d'une résistance aux associations thérapeutiques à base d'artémisinine.
- k) pour compléter les interventions au niveau des pays, il a été fortement recommandé de promouvoir des activités transfrontalières afin de garantir la pérennisation de l'impact des interventions.
- l) les pays ont reconnu qu'il y avait des idées erronées au sujet de l'utilisation du DDT à des fins de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, mais ils ont accueilli avec satisfaction les clarifications fournies à ce sujet par le Bureau régional qui a aussi procédé à la diffusion de la déclaration adoptée par une récente réunion d'experts de l'OMS sur l'utilisation du DDT à ces fins. En conséquence, les pays ont appuyé la déclaration de l'OMS sur l'utilisation du DDT à des fins de pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent.
- m) des préoccupations ont été soulevées au sujet du manque d'alternatives pour le traitement du paludisme au cours des trois premiers mois de grossesse.
- n) la nécessité de mettre en œuvre différentes interventions de prévention et de lutte contre le paludisme, y compris en s'attaquant aux larves, a été soulignée par plusieurs participants. Les pays doivent également engager davantage de ressources internes à la prévention et à la lutte contre le paludisme.
- o) la réunion tenue à Abuja en 2006 sur la lutte contre le paludisme a préconisé l'élimination du paludisme d'ici 2010 dans les pays ou zones où cela était

faisable. Les questions relatives aux aspects épidémiologiques et opérationnels, ainsi qu'à la durabilité doivent être prises en compte.

## **Conclusions**

6. Les participants ont reconnu que le paludisme demeurait l'un des plus importants problèmes de santé publique en Afrique et qu'il devait être combattu en faisant appel à tous les outils actuellement disponibles, en fonction de chaque situation épidémiologique. Bien que le financement destiné à la lutte contre le paludisme se soit accru, il y a encore d'importants déficits en matière de financement, et il est nécessaire d'augmenter à la fois le financement interne et le financement international.

## **Recommandations**

7. Les participants ont convenu des recommandations suivantes :
- a) les initiatives transfrontalières doivent être intensifiées pour promouvoir la lutte antipaludique dans la Région. À cet égard, il est nécessaire d'envisager un règlement sanitaire international pour régir les interventions transfrontalières de lutte contre le paludisme.
  - b) les interventions de lutte contre le paludisme doivent être mises en œuvre d'une manière intégrée et se compléter mutuellement pour avoir un meilleur impact.
  - c) les pays, les industries et les universités doivent poursuivre la recherche sur la mise au point de formules pédiatriques et de médicaments améliorés pour les femmes enceintes.
  - d) le transfert de technologies doit être facilité pour s'assurer que les pays africains sont dotés des capacités nécessaires pour produire sur place ce dont ils ont besoin dans le cadre de la lutte contre le paludisme, y compris les médicaments traditionnels.
  - e) le système des achats groupés doit être adopté pour garantir l'approvisionnement à temps des pays en matériels et médicaments.

- f) les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être renforcés dans les pays, y compris au niveau de district, sur la base d'indicateurs sélectionnés.
- g) les pays et les partenaires doivent mobiliser davantage de ressources pour combler le déficit actuel et augmenter les investissements dans les ressources humaines.
- h) les partenariats public-privé sont nécessaires pour renforcer la lutte antipaludique aux niveaux national et international.

## ANNEXE 8

### ALLOCUTION DU D<sup>R</sup> TEDROS ADHANOM GHEBRE YESUS, MINISTRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE DÉMOCRATIQUE D'ÉTHIOPIE

Excellence, Monsieur le Premier Ministre Meles Zenawi,  
Excellence, Monsieur le Président Jorge Sampaio, Envoyé spécial des Nations Unies pour l'Initiative Halte à la Tuberculose,  
Excellence, Monsieur le Président Alpha Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine,  
Monsieur Paulo Ivo Garrido, Ministre de la Santé du Mozambique et Président de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Dr Andres Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim,  
Monsieur Abdoulie Janneh, Secrétaire exécutif de la CEA,  
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,  
Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,  
Distingués Délégués, Distingués Invités, Distingués Collègues,  
Mesdames et Messieurs,

Je suis très heureux que l'Éthiopie accueille cette 56<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique pour la première fois. C'est un grand honneur pour moi de vous souhaiter la bienvenue dans notre capitale. Nous ferons de notre mieux, à notre niveau, pour faire en sorte que votre séjour soit productif et agréable.

J'aimerais remercier S.E. le Premier Ministre Meles Zenawi d'être avec nous ce matin, en dépit de son programme chargé.

J'aimerais également remercier S.E. Monsieur Jose Sapano, ancien Président du Portugal, pour sa présence parmi nous et sa constante sollicitude pour l'Afrique. Sa présence à cette session est l'expression des préoccupations de M. Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies, à l'égard de la santé des populations africaines.

Notre pays et nos experts sanitaires auront beaucoup à gagner du partage de données d'expérience, des discussions et des engagements qui, je pense,

interviendront à l'occasion de cette 56<sup>ème</sup> session du Comité régional. Pour l'Éthiopie, le Plan de développement du secteur de la santé, qui a été finalisé, est une composante importante du Plan de notre pays pour un Programme de développement accéléré et durable. Nous avons fixé des objectifs ambitieux, dans le cadre de la réalisation des OMD, en mettant l'accent sur quatre domaines principaux d'intervention: la santé maternelle, la santé infantile, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Nous avons également identifié deux stratégies importantes pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés: l'expansion du programme de vulgarisation sanitaire (fondé sur des interventions à assise communautaire) et le renforcement des services de soins de santé primaires. Nous entendons appuyer celles-ci en accordant une attention particulière aux questions liées aux systèmes de santé comme la logistique des produits sanitaires essentiels, les systèmes de financement de la santé et d'information sanitaire.

Le fait que les quatre principaux domaines de l'action sanitaire dans notre pays sont réflétés dans les principaux points de l'ordre du jour qu'il a été convenu d'examiner lors de cette session ministérielle, n'est peut-être pas une simple coïncidence, et c'est une très bonne opportunité pour nous. Nous intensifierons nos efforts actuels pour tirer parti des données d'expérience de plusieurs pays africains, concernant la logistique pharmaceutique, l'information sanitaire, le financement des soins de santé, la médecine traditionnelle et la réforme du secteur de la santé grâce à des activités ciblées de comparaison de points de référence. Je suis réellement heureux de vous informer que nous avons déjà obtenu de l'Afrique du Sud, du Cameroun, du Ghana et de la Tanzanie d'excellentes données d'expérience pertinentes pour notre réforme du secteur de la santé.

Collectivement, je pense que nous discuterons suffisamment des questions qui nous seront présentées lors de cette 56<sup>ème</sup> session du Comité régional et que nous parviendrons à des solutions pratiques pour surmonter les problèmes sanitaires pressants de l'Afrique. Nous réaffirmons également notre volonté de mettre efficacement en œuvre les stratégies que nous adopterons et celles que nous avons adoptées lors de nos dernières réunions.

Le chemin à parcourir pour venir à bout des problèmes de l'Afrique pourrait être long, mais bien des problèmes seront surmontés grâce à notre lutte inlassable aux niveaux mondial, régional et national.

Permettez-moi de saisir la présente occasion pour remercier l'OMS, notamment, le Dr Sambo et ses collègues, pour nous avoir rassemblés ici et pour le soutien qu'ils ont fourni pour préparer et tenir avec succès cette réunion. Je remercie également tous les partenaires pour leur généreux soutien en faveur du renforcement de notre système de santé.

Une fois de plus, je vous souhaite à tous la bienvenue à Addis et un séjour très agréable et productif.

Merci.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE DE S. E. ATO MELES ZENAWI,  
PREMIER MINISTRE DE LA RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE  
DÉMOCRATIQUE D'ÉTHIOPIE,  
À LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL  
DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Monsieur le Président,  
Excellence, Monsieur Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Dr Anders Nordström, Directeur général par intérim de l'Organisation mondiale de la Santé,  
Distingués Délégués,  
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur de vous souhaiter, à tous, la bienvenue à Addis Abéba, à l'occasion de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Nous nous félicitons de ce que votre choix se soit porté sur Addis Abéba pour abriter ces importantes assises au cours desquelles vous procéderez à un échange de vues sur un certain nombre de questions relatives à la santé de nos populations.

Nous tenons à vous en remercier.

Monsieur le Président,

L'état de santé des populations africaines, a-t-on besoin de le souligner, est extrêmement précaire, ce qui a des conséquences sur les plans humanitaire et économique. Les effets combinés du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose continuent de s'ajouter à ceux des autres maladies infectieuses, entraînant des souffrances et des taux de mortalité de niveaux inacceptables. Les ressources et les capacités disponibles étant limitées, les catastrophes naturelles telles que les récentes inondations en Ethiopie entraînent, sur les plans humanitaire et sanitaire, de sérieux problèmes qui touchent des milliers de personnes.

À cet égard, comme dans tout domaine, sans exception, notre salut passe par l'amélioration de notre situation économique et la promotion d'un développement économique rapide. Mais il est évident que les populations dont la situation sanitaire continue de se détériorer peuvent à peine soutenir la reprise économique, une reprise qui représente, à terme, le seul moyen d'accomplir des progrès durables dans le secteur de la santé.

C'est la raison pour laquelle il est crucial d'accorder la plus haute attention à ce secteur et d'accroître les ressources nécessaires pour financer les activités dans ce domaine. Quand nous parlons de ressources pour le secteur de la santé, nous entendons essentiellement par là ce que nous pouvons faire nous-mêmes en utilisant les ressources internes pour pérenniser les acquis. Mais l'ampleur du défi auquel nous sommes confrontés dans le domaine de la santé, ajoutée à l'urgence avec laquelle nous devons relever ce défi, fait de la coopération internationale une stratégie indispensable et une impérieuse nécessité. Pour réduire rapidement et d'une manière accélérée l'ampleur actuelle des problèmes de santé sur le continent, et pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, il est nécessaire que l'Afrique établisse un partenariat amélioré et efficace avec la communauté internationale, et qu'elle reçoive une aide bien plus efficace.

À ce niveau, qu'il me soit permis de préciser que des développements encourageants ont été enregistrés ces derniers temps, en termes d'initiatives visant à améliorer le partenariat avec l'Afrique pour permettre au continent de faire face aux très nombreux défis associés à la santé des populations africaines. Les décisions encourageantes prises en faveur de l'allègement de la dette de certains pays auront aussi assurément un impact positif significatif dans le secteur de la santé. D'une manière plus spécifique, les gouvernements et les partenaires internationaux au développement ont également mis en place de nouveaux mécanismes de financement des programmes de santé. Au nombre de ces mécanismes, il y a lieu de citer l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et l'Initiative du Président Bush. Ces mécanismes ont permis d'accroître substantiellement le financement en faveur de la santé et de faire la différence en termes d'amélioration de la couverture par les services de santé.

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais maintenant, avec votre permission, évoquer brièvement le défi auquel est confronté le secteur de la santé en Éthiopie et les efforts que nous déployons pour faire face à ce défi. La situation sanitaire et le profil épidémiologique de nos populations sont, dans une large mesure, le reflet de notre niveau de développement socio-économique actuel. La charge de morbidité en Éthiopie est essentiellement due à des maladies transmissibles évitables telles que l'infection à VIH, le paludisme la tuberculose, la diarrhée et les affections maternelles et néonatales. En conséquence, notre Programme de développement du secteur de la santé (HSDP) vise principalement à améliorer la santé maternelle, à réduire la mortalité infantile et à enrayer ou contenir la propagation des maladies infectieuses.

Ce programme a institué un système de soins de santé primaires que nous croyons innovant et que nous appelons "Programme de vulgarisation sanitaire". Ce programme est le principal mécanisme qui nous permet de nous attaquer aux problèmes majeurs de santé publique qui se posent dans notre pays et d'œuvrer ainsi à la réalisation des OMD pertinents. Il est axé sur le transfert des responsabilités et de l'appropriation de la promotion de la santé aux ménages, pris individuellement. L'approche retenue repose sur la conviction que le transfert des connaissances pertinentes aux ménages permet à ceux-ci d'assumer la responsabilité de leur propre santé. Cette approche est fondée sur la philosophie que les ménages peuvent promouvoir leur propre santé de la même façon qu'ils œuvrent à la production agricole. Deux agents de vulgarisation sanitaire suivent une formation d'un an à la prévention des maladies et à la promotion de la santé publique, avant d'être affectés dans un village rural pour des prestations de porte à porte. Au nombre des principales prestations assurées dans le cadre de notre Programme de vulgarisation sanitaire, il y a lieu de citer la vaccination, la planification familiale, l'assistance des accouchements, l'amélioration de l'hygiène personnelle et de la salubrité de l'environnement, et la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme.

Monsieur le Président,

Il ressort clairement de la situation sanitaire actuelle dans notre Région que la réalisation des OMD passe nécessairement non seulement par une intensification

exceptionnelle des principales prestations, mais aussi par le renforcement de nos systèmes de santé. Des programmes éprouvants tels que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, etc., mettent une pression terrible sur les systèmes de santé en Afrique. En conséquence, il est urgent et nécessaire d'investir substantiellement dans le renforcement des capacités en termes de ressources humaines, d'infrastructures et de systèmes, afin d'accroître les capacités d'intervention des systèmes de santé et de garantir la pérennisation des divers programmes.

La pénurie et le renouvellement fréquent des agents de santé constituent l'une des principales contraintes entravant la réalisation de nos objectifs dans le secteur de la santé. Pour faire face à ce phénomène, deux stratégies semblent s'imposer. En premier lieu, nous devons, je crois, concentrer les efforts sur la formation de professionnels de la santé des niveaux intermédiaire et inférieur. Cette stratégie s'explique par le fait que la majeure partie de la charge de morbidité que supporte notre population est due à des maladies infectieuses transmissibles, mais évitables. En deuxième lieu, nous devons former les professionnels de la santé de ces catégories sur une très large échelle, si nous voulons réaliser une couverture universelle dans les plus brefs délais possibles.

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Excellences,  
Chers Délégués,

Je sais que votre programme de travail est chargé au cours des cinq prochains jours et que vous saisissez l'occasion pour examiner certains des défis que je viens de mentionner. À cet égard, je suis certain que vous accorderez toute l'attention voulue à l'intensification des interventions et au renforcement des systèmes de santé. Pour notre part, nous continuerons de compter sur l'Organisation mondiale de la Santé dans nos efforts pour accomplir, avec l'urgence voulue, les progrès nécessaires.

Je souhaite plein succès à votre session. À tous ceux d'entre vous venus de l'extérieur de l'Éthiopie, je souhaite un séjour agréable, bien que bref, à Addis Abéba.

Je vous remercie.

## ANNEXE 10

### **ALLOCUTION DU PROFESSEUR PAULO IVO GARRIDO, MINISTRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU MOZAMBIQUE, PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence, Monsieur le Président Alpha Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine,

Monsieur le Dr Anders Nordström, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé par intérim,

Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,

Monsieur Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire-Général des Nations Unies pour l'Initiative Halte à la tuberculose,

Monsieur le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,

Mesdames et Messieurs,

J'aimerais, en premier lieu, exprimer ma solidarité et celle de tout le peuple mozambicain au peuple frère d'Éthiopie pour les pertes humaines et matérielles qu'il a subies ces dernières semaines, du fait des inondations, et lui faire savoir que le Mozambique en ressent une profonde tristesse. Que Son Excellence le Dr Tedros Adhanom Ghere Yesus, Ministre de la Santé, veuille bien transmettre aux victimes les sentiments de solidarité du Gouvernement et du peuple mozambicains.

Je me sens particulièrement reconnaissant et honoré de la gentillesse et de l'hospitalité dont ma délégation et moi-même avons bénéficié depuis notre arrivée dans cette belle capitale qu'est Addis-Abéba.

J'aimerais, une fois de plus, vous remercier de l'honneur qui nous a été fait à moi-même et à mon pays, le Mozambique, de présider la cinquante-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique. C'est sans aucun doute aux Ministres de la Santé et à leurs délégations que l'on doit le succès des travaux de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Grâce à leur participation active et à leur capacité à arriver à un consensus, il a été possible d'approuver des résolutions et décisions importantes pour faire progresser la santé dans notre Région.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de faire une rétrospective de l'année 2006 en commençant par mentionner la mort subite et tragique du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Lee Jong-Wook, le 22 mai, jour de l'ouverture de la 59<sup>ème</sup> session de l'Assemblée mondiale de la Santé, ce qui a fortement assombri l'atmosphère de l'Assemblée. Je souhaite exprimer mon plus profond respect à la mémoire du Dr Lee.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi d'aborder brièvement trois questions qui doivent être au cœur de nos préoccupations :

1. Nous devons être conscients de ce que la cause ultime de la situation précaire de la santé dans notre continent est l'extrême pauvreté. Il n'est guère possible de jouir d'une bonne santé lorsque l'on n'a pas suffisamment à manger, que l'on manque d'eau potable, que l'on vit dans des habitations rudimentaires et mal aérées, que l'on n'a pas accès à l'éducation, et que la femme est la principale victime de la discrimination sociale. C'est pour cela que les politiques sanitaires doivent faire partie des politiques gouvernementales plus vastes de lutte pour éradiquer la pauvreté dans notre continent.
2. Au niveau mondial, l'on convient actuellement de la nécessité d'accorder de l'importance à la lutte contre les principales maladies infectieuses, notamment la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme. Nous, Africains, devons tirer profit de ce courant favorable pour faire progresser la lutte contre ces trois

maladies. C'est dans ce contexte que je salue les décisions prises l'année dernière au Mozambique par le Comité régional pour l'Afrique de déclarer la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine et de proclamer 2006 Année de l'accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine.

3. Pour faire avancer la lutte contre la maladie et pour assurer toujours une meilleure prestation des soins de santé, il nous faut renforcer nos systèmes de santé. À cette fin, le renforcement des ressources humaines est crucial. Parler des ressources humaines revient à parler des hommes et des femmes qui dispensent quotidiennement des soins à divers niveaux. L'existence et la qualité des services de promotion, prévention, soins et réadaptation dépendent des connaissances, des capacités et de la motivation des ressources humaines. L'OMS a déclaré 2005 Année des ressources humaines; l'année s'est écoulée, beaucoup a été accompli, mais il nous faut faire davantage et progresser rapidement et avec discernement dans le domaine des ressources humaines.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Dans deux semaines, une réunion importante des Ministres de la Santé de l'Union africaine se tiendra à Maputo sur le thème de la santé sexuelle et reproductive. Elle sera l'occasion d'un moment de réflexion et surtout d'une prise de décisions importantes en vue d'obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Avant de terminer, j'aimerais exprimer ma gratitude pour le soutien que j'ai reçu de la part des fonctionnaires de l'Organisation mondiale de la Santé et notamment de mon très estimé ami le Dr Sambo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé. Un grand merci, Dr Sambo.

J'aimerais remercier tous les ministres et collègues qui m'ont apporté leur concours pendant ces derniers douze mois. Permettez-moi, Excellences, de féliciter le Président de la cinquante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique et de lui

souhaiter beaucoup de succès dans ses nouvelles fonctions. J'aimerais aussi l'assurer de mon appui et de ma collaboration.

Enfin, je souhaite à toutes les personnes ici présentes des délibérations fructueuses durant la cinquante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique.

Je vous remercie de votre attention.

**DISCOURS DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE,  
DR LUIS GOMES SAMBO**

Excellence, Monsieur le Premier Ministre,

Excellence, Monsieur le Président de la Commission de l'Union africaine,

Excellence, Monsieur l'Envoyé Spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour l'Initiative Halte à la Tuberculose,

Excellence, Monsieur le Président de la 55<sup>ème</sup> session du Comité régional,

Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé et Représentants des Etats-membres de la Région africaine,

Monsieur le Directeur général de l'OMS par intérim,

Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique, Représentants des organisations internationales et de coopération bilatérale et multilatérale;

Honorables Invités,

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais m'acquitter d'un agréable devoir en exprimant ma profonde gratitude à Son Excellence Meles Zenawi, Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie, qui a bien voulu, par sa présence, rehausser l'éclat de la cérémonie d'aujourd'hui. Vous me permettrez de saluer aussi la présence de deux illustres invités de cette 56<sup>ème</sup> session du Comité régional, j'ai nommé leurs Excellences le Professeur Alpha Omar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine, et le Président Jorge Sampaio, l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour l'initiative HALTE à la TUBERCULOSE.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

La perte brutale du Dr Lee Jong-wook, au mois de mai de cette année, au seuil de la 59<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé, a meurtri l'OMS et le monde de la Santé publique. Son œuvre au bénéfice du continent africain, au cours de son bref mandat, a été d'une grande importance.

Je vous demande une minute de silence à sa mémoire.

Je vous remercie.

Je voudrais vous remercier aussi pour les nombreux témoignages que vous avez exprimés en cette douloureuse circonstance.

Suite à la décision du Conseil exécutif, le processus d'élection du nouveau Directeur général est en cours et s'achèvera au mois de novembre de cette année.

Il y a un an à Maputo, nous nous sommes engagés, à affronter résolument d'importants défis de santé auxquels l'Afrique fait face. Il me plaît de reconnaître la grande mobilisation qui s'en est suivie de votre part. J'ai ainsi eu le privilège de bénéficier de votre appui et de votre engagement constants dans les efforts que nous déployons pour réaliser concrètement notre objectif commun de santé pour tous et les objectifs sanitaires convenus sur le plan international, y compris ceux qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire et dans le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique.

À notre avis, l'environnement politique, économique et social de la Région africaine s'est amélioré. Le nombre de foyers de tension a diminué et des résultats encourageants ont été obtenus dans la performance économique d'un nombre croissant de pays, ouvrant ainsi de meilleures perspectives pour des progrès en matière de santé publique.

C'est dans ce contexte que nous saluons les efforts de S.E. le Président Olusegun Obasanjo et de S.E. Denis Sassou Nguesso, en leur qualité de Présidents en exercice de l'Union africaine, soutenus par le Président de la Commission de l'Union africaine.

Au cours de l'année qui s'est écoulée, ils ont mené un plaidoyer constant et énergique en faveur d'une meilleure santé en Afrique.

En effet, la réaffirmation de l'engagement des Chefs d'État et de Gouvernement africains constitue un atout considérable pour la mise en œuvre de l'Agenda Santé de la Région africaine. Nous devons pouvoir, grâce à cet engagement, obtenir que 15 % du budget national des pays soient consacrés à la santé. Il est aussi important de noter l'écho favorable du G8 à cette mobilisation des Chefs d'État africains.

Cependant, nous devons être proactifs dans la mobilisation effective de ressources, efficaces dans leur utilisation et capables de produire des résultats mesurables.

Notre partenariat avec les institutions des Nations Unies, l'Union africaine, les communautés économiques sous-régionales, les agences bilatérales et multilatérales a atteint un niveau de qualité et d'engagement sans précédent.

Nous avons maintenant une nouvelle opportunité pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé. L'atteinte de ces objectifs fait appel à des réformes profondes et novatrices des systèmes de santé. Il faut renforcer le dialogue et la concertation autour des politiques et des plans nationaux de santé. Il faut renforcer et optimiser l'utilisation des ressources des États et celles qui sont canalisées par l'aide internationale ; il faut introduire une gestion des services nationaux de santé axée sur les résultats ; et chercher à obtenir un impact tangible.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Honorables Invités,  
Mesdames et Messieurs,

Nous avons entrepris des réformes en vue d'améliorer nos prestations et de mieux répondre aux priorités sanitaires des pays de la Région.

Dans ce cadre et pour une meilleure gestion du Bureau régional de l’OMS, j’ai décidé : de ramener à Brazzaville les équipes des divisions techniques restées à Harare; de réduire le nombre de personnels au Bureau régional ; de créer trois équipes inter pays de l’OMS localisées au Burkina Faso, au Gabon et au Zimbabwe.

Ces équipes rapprocheront l’action technique du Bureau régional de l’ensemble des États Membres de la Région. Elles appuieront les pays dans l’accélération de la mise en œuvre des programmes de santé liés aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Je voudrais saluer notre Siègle en la personne du Dr Nordström – Directeur général par intérim – pour son appui aux réformes de l’OMS en cours dans la Région. Je remercie aussi nos partenaires pour leurs commentaires critiques qui ont été utiles à cette initiative. Je remercie également tous les gouvernements des pays de la Région et particulièrement ceux des pays hôtes qui ont mis gracieusement à notre disposition des bâtiments et d’autres ressources essentielles.

Notre souhait est que tous les partenaires au développement sanitaire dans la Région, s’associent à cette nouvelle dynamique, et que s’établisse une meilleure articulation de nos actions avec celles de l’Union africaine et celles des Communautés économiques régionales.

Au cours de l’année, cinq pays de la Région africaine ont été frappés par la grippe aviaire à virus H5N1. Aucun cas humain n’a été enregistré. Suite à vos recommandations lors de la dernière session du Comité régional, l’OMS a initié une série d’actions, parmi lesquelles : la tenue de deux réunions d’experts en collaboration avec l’Union africaine et des organisations internationales et bilatérales; l’organisation de missions conjointes avec différentes institutions des Nations Unies; l’élaboration d’un plan d’action régional pour la préparation et la riposte à la pandémie, et la tenue sous le haut patronage du chef d’État du Gabon de la Conférence des Nations Unies sur la Grippe aviaire en Afrique, qui a abouti à la Déclaration de Libreville.

Malgré cela, le risque de pandémie de grippe à H5N1 est toujours présent. Même si les plans nationaux pour la préparation et la riposte sont prêts dans la majorité des pays, il faut noter que les financements pour la surveillance, l’achat des antiviraux, l’acquisition des équipements de protection individuelle restent toujours insuffisants.

L'an dernier, l'épidémie de choléra a affecté 31 pays de la Région. Nous devons faire appel à la collaboration intersectorielle impliquant les secteurs de l'eau, de l'assainissement et les autorités locales, en collaboration avec les communautés, pour obtenir des résultats efficaces. L'épidémie due au virus Ebola au Congo en 2005-2006 a été rapidement maîtrisée. L'Angola a déclaré en novembre 2005, la fin de la plus grande épidémie à virus de Marburg.

Nous nous sommes engagés à éradiquer ou à éliminer certaines maladies. L'éradication de la poliomyélite bénéficie d'efforts exceptionnels. Les progrès réalisés ont été ralentis en raison de la forte intensité de la transmission locale du poliovirus sauvage au nord du Nigéria et de l'importation de ce virus dans les pays où sa transmission avait été préalablement interrompue. Il me plaît ici de reconnaître l'effort massif des Gouvernements et des partenaires, y compris la coopération entre les pays de la Région en faveur de cette éradication. Il est crucial d'atteindre rapidement les objectifs de l'éradication de la poliomyélite et de porter à au moins 80% la couverture de vaccination de routine. Ceci nous permettra de concentrer nos efforts sur d'autres priorités sanitaires.

Pour ce qui concerne l'éradication de la maladie du ver de Guinée, des progrès ont été observés, et la transmission locale ne continue que dans 8 pays. Concernant l'élimination de la lèpre, le nombre de pays est passé de 38 à 42. S'agissant de la cécité des rivières, il existe toujours un risque important de recrudescence. Nous devons consolider les acquis du programme de lutte contre l'onchocercose.

Pour ce qui est des programmes de santé ciblant les objectifs du Millénaire pour le développement, nous portons à votre connaissance la tenue à Brazzaville d'une consultation continentale sur l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/SIDA, dont la promotion a été assurée avec le leadership de l'Union africaine. Elle a permis la définition d'une position commune africaine qui a été entérinée par le Sommet spécial des Chefs d'État à Abuja.

Le lancement de l'Année de l'accélération de la prévention du VIH, sous le leadership du Président de l'Union Africaine et en présence du Premier Ministre d'Éthiopie, a été un véritable succès. Nous devons œuvrer inlassablement pour

mieux informer les populations africaines sur les risques de transmission et sur les mesures de prévention.

S'agissant de la tuberculose, elle a été déclarée comme une urgence par les Ministres de la Santé de cette Région . Une campagne d'intensification de la lutte contre la tuberculose a été lancée à cet effet. Je voudrais, ici, saluer la nomination du Président Jorge Sampaio comme Envoyé spécial des Nations Unies pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose», et la déclaration de Bill et Melinda Gates de consacrer 900 millions de dollars exclusivement à la recherche sur la tuberculose. Nous ne doutons pas que le Président Jorge Sampaio va jouer un rôle décisif au profit des pays de la Région au cours de la période où il exercera ses activités en faveur de la lutte contre la tuberculose.

Nous sommes extrêmement préoccupés par la persistance du taux très élevé de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, bien que l'amélioration de la santé maternelle soit l'un des objectifs clairement énoncés dans la Déclaration du Millénaire. Fort heureusement, 21 pays ont élaboré des feuilles de route pour la réduction des taux de mortalité maternelle. Nous espérons vivement que les pays restants suivront leur exemple.

La mortalité infantile demeure élevée. Pour contribuer à sa réduction, la 58<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé a adopté une nouvelle stratégie de vaccination, pour la période 2006-2015, créant un nouvel élan pour l'accès universel à une gamme étendue d'antigènes. Ceci s'ajoute à l'opportunité qu'offre GAVI d'assurer un meilleur accès aux vaccins. Nous espérons que ces initiatives vont s'articuler harmonieusement avec la stratégie pour la survie de l'enfant en cours d'élaboration sous le parrainage de l'Union africaine et avec l'appui conjoint de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque mondiale.

Dans le domaine des systèmes de santé, nous voulons rappeler que l'obtention de meilleurs résultats en termes de lutte contre la maladie, de santé maternelle et de santé infantile, dépendra largement de la performance des systèmes de santé. Pour la mise à échelle des interventions de santé prioritaires, une meilleure gestion des services de santé est nécessaire, y compris le renforcement des capacités au niveau local et la participation active des communautés.

Au cours de l'année, le lancement du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, consacré aux ressources humaines, a permis une réflexion approfondie sur cette question. Il est à présent temps de créer un partenariat international plus conséquent, et que les gouvernements prennent des mesures plus efficaces pour la rétention et la motivation du personnel.

Une stratégie régionale pour le financement des services de santé a été préparée en collaboration avec la Banque mondiale. Elle sera discutée par ce Comité et nous espérons qu'elle influera favorablement sur le financement des soins de santé des pays de la Région. Un mécanisme de financement des programmes relatifs aux OMD doit, à notre avis, être mis en place dans la Région africaine.

Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

La présence, aujourd'hui, d'éminentes personnalités intéressées par la cause de la santé publique, est le signe d'un degré élevé d'engagement à l'amélioration de la santé des populations africaines en vue de leur offrir des chances égales de participer activement et durablement au développement économique et social.

Aussi, permettez-moi de saisir l'heureuse occasion que m'offre cette tribune pour adresser mes chaleureux remerciements au Gouvernement et au peuple éthiopiens qui accueillent, cette année, la 56<sup>ème</sup> session du Comité régional. Mes remerciements vont également à tous les Ministres de la Santé des États Membres qui nous ont fait bénéficier de leur sollicitude et orientations pour la poursuite de notre mission.

Enfin, je remercie tous les partenaires qui nous ont toujours accompagnés dans notre action au service de la Région africaine.

Travaillons ensemble pour une meilleure santé dans la Région africaine !

Je vous remercie de votre attention.

## ANNEXE 12

**ALLOCUTION DE M. JORGE SAMPAIO,  
ENVOYÉ SPÉCIAL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ONU POUR  
L'INITIATIVE «HALTE À LA TUBERCULOSE»,  
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE PORTUGAISE,  
À LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS  
POUR L'AFRIQUE**

### **Atteindre les cibles pour endiguer à temps la tuberculose en Afrique**

C'est pour moi un plaisir et un grand honneur que d'être ici aujourd'hui pour participer à cette importante réunion qui, je l'espère, sera des plus fructueuses.

Je voudrais commencer par vous dire la satisfaction que j'éprouve à me trouver à Addis-Abeba. C'est la première fois que je me rends dans ce pays malgré les liens très anciens qui unissent l'Éthiopie et le Portugal, premier pays européen à avoir des rapports constants avec l'Éthiopie depuis déjà 1508. La perspective d'un voyage ici m'a donc enthousiasmé, et je dois dire que je suis toujours aussi fasciné par ce pays.

Permettez-moi de dire combien je suis reconnaissant de l'hospitalité chaleureuse et amicale que m'ont offerte les autorités éthiopiennes, ainsi que de l'aide et du soutien que m'a accordé l'OMS et notamment mon très cher ami le Dr Sambo, Directeur régional de l'OMS. Je les remercie tous très sincèrement et je salue cordialement tous les participants à cette réunion.

Comme vous le savez sans doute, le Secrétaire général de l'ONU, M. Kofi Annan, m'a nommé Envoyé spécial de l'Initiative "Halte à la tuberculose". C'est en cette capacité que je me trouve ici aujourd'hui.

C'est pour moi une occasion unique que de m'adresser à une assemblée aussi distinguée, occasion que je suis très désireux de saisir pour deux raisons importantes: premièrement, parce que les progrès de la lutte contre la tuberculose sont intrinsèquement liés à la santé et au développement; deuxièmement, parce que malgré quelques progrès réalisés, la tuberculose reste une urgence mondiale inacceptable, surtout dans la Région africaine. Vous vous souviendrez que le Comité

régional a déclaré l'année dernière la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine.

Permettez-moi de vous rappeler que la Région africaine a la charge de tuberculose la plus élevée par habitant. Il s'agit là d'une situation intolérable, car l'Afrique, avec seulement 11% de la population mondiale, contribue pour environ 25% des cas de tuberculose. En 2003, près de 2,3 millions de personnes ont été atteintes de tuberculose dans la Région africaine où l'incidence de la maladie augmente de plus de 4% par an, alimentée par l'épidémie de VIH. Sur les 46 États Membres de la Région, 34 sont confrontés à un taux de prévalence estimé à 300 pour 100000 habitants, et 9 pays figurent parmi les 22 pays du monde à charge de morbidité élevée. Par eux-mêmes, ces chiffres en disent long.

Excellences,

Tel que je le vois, mon rôle en tant qu'Envoyé spécial a pour but de contribuer à la réduction de l'incidence de la maladie, en conformité avec les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et d'atteindre les cibles du Partenariat "Halte à la tuberculose" pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux chiffres de 1990. D'après les informations dont je dispose, les scénarios contenus dans le Plan global 2006-2015 montrent que les cibles du Partenariat ne pourront être atteintes à temps en Afrique que si des mesures exceptionnelles sont prises.

C'est pourquoi j'estime que mon intervention doit porter surtout sur l'Afrique, afin d'attirer davantage l'attention sur la Tuberculose, une maladie si souvent négligée. Je mettrai mon expérience politique au service de cette cause. Il importe, d'une part, de faire en sorte que l'opinion publique soit plus mobilisée, d'autre part, il faut assurer que les responsables politiques mondiaux respectent leur engagement de continuer à financer pleinement le Plan mondial "Halte à la Tuberculose" et de le mettre en œuvre.

J'aimerais maintenant vous faire part de quelques réflexions sur les moyens d'obtenir des résultats plus satisfaisants dans notre lutte commune contre la tuberculose. Je vais diviser mon exposé en trois parties principales : Je vais commencer par donner un aperçu des progrès réalisés ces dernières années dans la lutte globale contre les maladies infectieuses. Deuxièmement, je parlerai du présent

et examinerai l'ampleur des problèmes et des obstacles auxquels nous sommes actuellement confrontés en Afrique. Troisièmement, je mettrai l'accent sur le futur et proposerai des mesures à prendre pour atteindre les OMD et les cibles du Partenariat pour endiguer à temps la tuberculose en Afrique.

### **Une réalisation majeure : la santé est inscrite au programme d'action mondial**

Je pense que tout le monde conviendra qu'aujourd'hui la santé figure solidement au programme de développement mondial et qu'on la considère de plus en plus comme un bien public mondial. Avec la mondialisation de plus en plus poussée, marquée par des migrations et des mouvements rapides de personnes à l'échelle planétaire, les questions de santé sont un phénomène international, étant donné que les événements et processus d'outremer ont un impact sur la santé de tous les pays. Les maladies transmissibles sont l'exemple le plus évident des effets externes de la santé publique. Cela veut dire qu'aucun pays ne peut, à lui seul, prévenir ou endiguer des maladies transmissibles pour protéger la santé de sa population.

Cette prise de conscience croissante des aspects transfrontières de la santé est clairement traduite par la place toujours plus grande qu'accordent à la santé les organismes autres que ceux du secteur de la santé tels que la Banque mondiale, les Nations Unies ou le G8, ainsi que les secteurs privé et caritatif.

Permettez-moi d'évoquer quelques exemples :

- En janvier de cette année, le Président Obasanjo du Nigeria, M. Bill Gates, et M. Gordon Brown, Ministre des Finances du Royaume-Uni, ont lancé le Plan mondial 2006-2015 du Partenariat "Halte à la Tuberculose" pour mettre fin à la maladie. À cette occasion, M. Gates a annoncé le versement d'un don supplémentaire de \$900 millions pour les efforts de recherche et développement essentiels à l'éradication de la tuberculose.
- Le mois dernier, le G8, lors de son Sommet qui s'est tenu à Saint-Pétersbourg, a inclus dans son ordre du jour parmi les questions mondiales importantes telles que l'énergie, la sécurité et l'éducation, la lutte contre les maladies infectieuses, y compris la tuberculose. Les dirigeants du G8 se sont engagés à apporter un soutien additionnel au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la

tuberculose et le paludisme, et à mobiliser des ressources pour financer pleinement le Plan mondial "Halte à la Tuberculose". Vous vous souviendrez que l'année dernière, au Sommet de Gleneagles, le G8 s'était déjà engagé à aider à satisfaire les besoins de la riposte à l'épidémie de tuberculose en Afrique.

- L'Union européenne joue un rôle majeur de chef de file. D'une part, l'UE est le deuxième donateur par importance du Fonds mondial, et de l'autre, au cours du dernier G8, le Président Barroso a fait une nouvelle proposition d'aide pour l'Afrique, à savoir un fonds de gouvernance de 3 milliards d'euros.
- La communauté internationale s'est engagée à mettre au point des mécanismes de financement novateurs tels que le Mécanisme de financement international (IFF) pour accroître les ressources nécessaires au développement;
- En mai dernier, la Global Business Coalition Initiative menée par M. R. Holbrooke a annoncé que la tuberculose figurerait parmi les problèmes critiques appelant une action;
- A Toronto, il y a quelques jours, la Fondation Bill et Melinda Gates a annoncé un don de US \$500 millions sur cinq ans pour renforcer davantage le Fonds mondial.

Je pense que ces exemples montrent bien que la santé occupe une place de plus en plus élevée dans le programme d'action mondial et qu'elle est considérée comme un bien public mondial. Au niveau international, il y a un engagement politique plus clair, une plus forte prise de conscience du public et davantage de ressources. Ces conditions favorables insufflent un nouvel élan à la lutte contre les maladies infectieuses, mais créent également un surcroît de responsabilités pour lutter à meilleur escient contre la tuberculose en Afrique. Notre but commun, notre engagement commun et notre devise doivent être "faire davantage, plus vite et mieux". "Davantage, plus vite et mieux". Les situations d'urgence ne peuvent attendre.

## Surmonter les obstacles

Comme vous le savez mieux que moi, l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique en Afrique est un combat de tous les jours sur plusieurs lignes de front et ceci pour trois raisons principales.

Premièrement, parce que la tuberculose et la pauvreté sont intimement liées et forment un cercle vicieux - qui ne sait pas que l'infection tuberculeuse se transmet plus rapidement dans les conditions environnementales de la pauvreté: surpeuplement, manque d'aération, habitat et assainissement insuffisants, ainsi que malnutrition ?

Deuxièmement, parce qu'ensemble le VIH/SIDA et la tuberculose présentent une synergie toxique qui a suscité l'explosion de cas de tuberculose dans les régions à haute prévalence de VIH. Comme vous le savez, dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne, jusqu'à 77% des personnes atteintes de tuberculose sont aussi séropositives pour le VIH. Et qui n'est pas sans savoir que les conséquences de cette double charge ne sont pas uniquement un plus grand nombre de décès imputables à la tuberculose et de plus grandes difficultés de diagnostic, mais aussi un nombre plus grand de patients susceptibles de répandre l'infection dans la communauté, minant de ce fait les efforts fondamentaux de lutte ?

Troisièmement, parce que les problèmes financiers, gestionnaires, infrastructurels et parfois cliniques de la lutte contre la tuberculose sont considérables. Qui parmi vous ne sait pas que dans bon nombre de vos pays, l'accès aux services de santé de base est encore faible et encore plus faible lorsqu'il s'agit du diagnostic et du traitement de la tuberculose, notamment dans les zones périphériques? Qui parmi vous ne connaît pas les contraintes économiques et budgétaires du budget national de la santé? Qui parmi vous n'a pas été confronté à la pénurie de personnel de santé qualifié ?

Excellences,

On parle souvent du fardeau social et économique de la tuberculose en termes de coûts directs et indirects pour les ménages. Il est évident que le coût d'une longue maladie comme la tuberculose est catastrophique pour le patient.

Cependant, à mon avis, l'impact de la tuberculose devrait être mesuré au niveau communautaire et national, étant donné que l'économie tout entière d'un pays se ressent de la réduction des effectifs, de la diminution de la productivité et des revenus, et de la contraction des marchés. En outre, les effets sur la société sont particulièrement déstabilisateurs, étant donné que la tuberculose est une des principales causes de mortalité parmi les femmes en âge de procréer et que les enfants sont particulièrement vulnérables à la maladie.

Selon les statistiques, la tuberculose est estimée causer une perte économique de 4% du PIB annuel des pays ayant une charge élevée de tuberculose, et la maladie est ainsi étroitement liée à la pauvreté. L'année prochaine, la Banque mondiale et le Partenariat "Halte à la Tuberculose" communiqueront aux ministres africains de la santé et des finances une analyse complète de l'impact économique de la tuberculose dans votre région.

J'estime que ce cercle vicieux entre la pauvreté et les maladies comme la tuberculose doit être brisé. Il est moins onéreux de briser ce cercle silencieux que de l'alimenter avec un plus grand nombre de décès, de malades et de ménages pauvres. Dans les pays en développement, l'impact socioéconomique des maladies comme la tuberculose est dévastateur, minant les efforts de développement durable. Si l'on ne s'attaque pas aux problèmes dès à présent, ceux-ci deviendront plus onéreux et plus difficiles à résoudre plus tard.

Oui, il est vrai que les obstacles à la lutte contre la tuberculose sont énormes. Mais l'inaction pèsera sur notre conscience et représentera l'échec de la gouvernance politique. La tuberculose est une maladie guérissable. Nous pouvons prévenir des millions de décès évitables. Nous ne pouvons laisser à ce fléau libre cours.

### **Atteindre les cibles**

En dépit des nombreux progrès réalisés, exception faite du VIH/SIDA, la tuberculose est la maladie infectieuse la plus mortelle - 1,7 millions de décès par an, soit 5000 hommes, femmes et enfants par jour. Par ailleurs, la tuberculose n'est pas sur le point de disparaître. L'année dernière, un plus grand nombre de personnes sont mortes de tuberculose que jamais dans l'histoire de l'humanité. Les estimations du nombre futur de victimes de la pandémie mondiale sont extrêmement préoccupantes. La tuberculose restera l'une des 10 principales causes de mortalité au

cours de la prochaine décennie, car on s'attend à ce que l'incidence augmente constamment en Afrique, l'une des régions les plus durement frappées par cette maladie. Par conséquent, à moins de prendre des mesures sans précédent, nous n'atteindrons pas les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le défi que tous ceux concernés par l'épidémie - les patients et leur famille et communauté, les gouvernements et les autorités des pays fortement touchés, les organisations sanitaires et les donateurs - doivent relever est d'articuler et d'adopter les engagements et actions supplémentaires qui seront nécessaires pour combattre avec succès la tuberculose.

Permettez-moi de récapituler certains principes ou idées de base qui, selon moi, pourraient être utiles pour atteindre à temps les cibles permettant d'endiguer la tuberculose en Afrique. Un des enjeux centraux est de veiller à ce que l'action collective au niveau international ainsi qu'au niveau des pays soit bien coordonnée. Même s'il faut envisager la lutte contre la tuberculose comme un bien public mondial pour la santé, la lutte globale contre la tuberculose dépend de la capacité des programmes nationaux de lutte à dépister et traiter les patients. Par conséquent, pour parvenir à éradiquer la tuberculose dans le monde, il est crucial d'assurer une bonne coordination entre les apports internationaux et l'action et les politiques nationales.

Un autre enjeu central est l'efficacité de l'action nationale. À mon avis, il est essentiel de s'en tenir à certains principes de base pour lutter efficacement contre la tuberculose en Afrique. Parmi ces principes, je citerai les suivants : la prise en main et l'appropriation durable par les pays de la lutte contre la tuberculose dans le contexte des "Trois principes" - un plan national, une autorité et un système de suivi et d'évaluation; et la poursuite de la nouvelle stratégie "Halte à la Tuberculose" de l'OMS qui sous-tend le Plan mondial et comprend six éléments clés :

1. *Élargir et renforcer la stratégie DOTS*, approche fondamentale pour le traitement de la tuberculose. En Afrique, le dépistage de la tuberculose dans le cadre de la stratégie DOTS est passé entre 1995 et 2004 de 23% à 49%, mais cette progression est encore beaucoup trop lente, alors que la charge de morbidité ne fait qu'augmenter.

2. *S'attaquer énergiquement à la co-infection Tuberculose/VIH et à la tuberculose multichimiorésistante* - les deux plus grands obstacles à la lutte contre la tuberculose. Il existe de nouvelles politiques et stratégies pour s'attaquer à ces deux problèmes, mais il faut de toute urgence les renforcer dans cette région, comme cela a été fortement souligné dans les rapports de la conférence sur le SIDA qui s'est tenue récemment à Toronto.
3. *Renforcer les systèmes de santé*: niveaux accrus de financement des services de santé publique afin qu'ils correspondent avec l'ampleur de l'épidémie et les engagements des Chefs d'État et de Gouvernement. Ces services doivent inclure des réseaux de laboratoires, des systèmes de surveillance et des ressources humaines pour la santé.
4. *Faire participer tous les dispensateurs de soins* - notamment en établissant et en renforçant les partenariats de lutte contre la tuberculose aux niveaux national et régional.
5. *Renforcer la position des personnes atteintes de tuberculose et des communautés*, y compris le secteur privé et les ONG partenaires.
6. *Faciliter et promouvoir la recherche* sur de nouveaux vaccins, outils de diagnostic, médicaments et méthodes d'évaluation des approches pour la prestation des interventions antituberculeuses.

Il est crucial de continuer à promouvoir et à mettre en œuvre la stratégie DOTS. Ces dernières années, cette stratégie s'est bien répandue dans la Région africaine. Cependant, pour la période 2006-2015, la priorité principale est de passer de la couverture géographique par la stratégie DOTS à l'amélioration de la qualité et de l'accès. Le succès du traitement varie dans la Région, et moyennant quelques efforts, un plus grand nombre de pays pourraient bientôt atteindre la cible 2005 de 85 %.

La stratégie DOTS s'est avérée efficace pour soigner les personnes atteintes de tuberculose. Sans traitement, la tuberculose infectieuse est fatale pour 70 % des patients. Bien appliquée, la stratégie DOTS peut réduire rapidement la mortalité et la morbidité imputables à la tuberculose, et parvient souvent à guérir plus de 85 % des patients. Par ailleurs, comme la guérison met fin à la transmission, elle a aussi une importante fonction de prévention. Enfin, la mise en place de stratégies nationales de

lutte antituberculeuse fondées sur la stratégie DOTS a contribué de manière importante à ralentir l'apparition de cas de tuberculose pharmacorésistants.

J'aimerais pour finir mettre l'accent sur la bonne gouvernance qui est, à mon avis, l'élément crucial du succès non seulement dans les pays en développement, mais aussi partout dans le monde. La bonne gouvernance est essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire, eu égard à la lutte contre la tuberculose. Aucune politique ne peut être efficace où que ce soit si la gouvernance laisse à désirer, car les ressources disparaissent quand les institutions sont faibles et qu'il n'y a pas de gouvernance, et les maladies ne sont pas soignées. Ceci est inadmissible, car les régions et populations affectées languissent et pâtissent de la désorganisation économique et sociale, alors que les ressources nationales et étrangères sont gaspillées. Nous ne pouvons laisser échapper l'occasion de la prise de conscience mondiale des maladies infectieuses et laisser des millions d'Africains dans les chaînes de la pauvreté et de la tuberculose.

La bonne gouvernance exige donc des efforts permanents de prévention de la corruption, et de plus grande transparence et responsabilité. Des institutions solides, la liberté de la presse, l'opinion publique et une bureaucratie opérante sont autant de facteurs contributifs à cet égard. C'est un combat sans fin. Il nous faut aussi réduire les obstacles bureaucratiques et améliorer la planification, afin de rapprocher les services de soins des populations dans le besoin et de rendre leur accès plus rapide; à cet égard, le travail accompli par les ONG est très important et peut fournir de nouvelles idées et des traitements adaptés aux populations atteintes. Par conséquent, j'invite tous les gouvernements ici présents à redoubler d'efforts pour construire des institutions solides et combattre la corruption.

Les institutions qui sont bien adaptées et axées sur le bien commun font des choix politiques appropriés effectifs et efficaces grâce auxquels les ressources sont utilisées à bon escient et de manière rentable. Dans un tel environnement, les donateurs sont plus susceptibles de fournir les ressources nécessaires pour lutter contre la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Ces efforts conjoints sont nécessaires pour débarrasser l'Afrique de ces maladies mortelles et contribuer au développement de la région.

Excellences,  
Chers amis,

En tant qu'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose», je suis tenu d'élaborer de nouveaux moyens de soutenir la lutte antituberculeuse, notamment là où les conditions sont les moins propices dans les pays à haute incidence de tuberculose.

Pour faire en sorte que mon rôle soit productif, je vais œuvrer en étroite collaboration avec l'OMS et le partenariat «Halte à la Tuberculose» qui diligentent la lutte contre la tuberculose. Cependant, je n'omettrai pas les contacts réguliers et directs avec les autorités nationales et locales, les partenaires privés ou public, et la société civile, les organisations non gouvernementales, et les individus qui agissent de concert pour éradiquer la tuberculose de la planète. Et, à cet égard, votre apport, Excellences et chers Ministres de la Santé, est irremplaçable.

Vous pouvez compter sur mes efforts dévoués de promotion pour focaliser l'attention des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose en général et plus particulièrement sur la lutte contre la tuberculose en Afrique, dans le contexte du principe de l'accès universel.

Je ferai tout en mon pouvoir pour continuer à préconiser la mobilisation de ressources supplémentaires pour la lutte antituberculeuse en Afrique et le renforcement des engagements internationaux et nationaux en veillant à ce que les flux monétaires atteignent les plus nécessaires.

À l'occasion du Sommet du G8 à Saint-Pétersbourg j'ai demandé instamment à la communauté internationale de relever le défi de la lutte mondiale contre la tuberculose et surtout de respecter ses engagements, eu égard à la tuberculose et à la lutte contre d'autres maladies prioritaires en Afrique, notamment les déclarations du Sommet de Gleneagles en 2005.

Mais je demande aussi instamment aux dirigeants africains d'investir dans la lutte contre la tuberculose, conformément à la résolution adoptée par le Comité régional en 2005, qui a déclaré la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine, et à l'appel de mai 2006 des Chefs d'État pour un accès universel aux services de traitement pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme d'ici 2010.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi aussi souvent que de besoin et à me faire part de toute suggestion ou idée qui pourrait m'aider à remplir ma tâche et à atteindre notre but commun: endiguer à temps la tuberculose en Afrique. Inutile de souligner que je suis à votre entière disposition.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU DR ANDERS NORDSTRÖM,  
DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM  
DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les Ministres,  
Distingués Représentants,  
Chers Collègues,

C'est pour moi un grand plaisir de revenir en Éthiopie et à Addis. Je suis déjà venu ici un certain nombre de fois.

Je tiens à remercier le Dr Sambo pour son rapport qui montre que des orientations très claires ont été données et que d'excellents progrès ont été enregistrés. Vous ne vous contentez pas de faire face à la situation. Vous avez le regard tourné vers l'avenir. Je suis extrêmement encouragé par le fait que vous proposez des plans stratégiques concrets pour la vaccination, la prévention de l'infection à VIH, le financement de la santé, la survie de l'enfant et la gestion des connaissances. Je me réjouis également de l'accent que vous placez sur des questions de développement telles que la pauvreté, le commerce et la santé, ainsi que sur les services de santé et la recherche en santé, ce qui souligne clairement l'impérieuse nécessité d'une action commune dans ces domaines stratégiques clés, entre autres, pour promouvoir la santé dans cette Région.

L'année dernière, vous avez apporté votre inestimable contribution au projet de Onzième Programme général de Travail. En mai dernier, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Onzième Programme général de Travail qui est maintenant disponible, dans toutes les six langues. Merci de votre contribution aux orientations stratégiques de ce document qui identifie clairement les lacunes à combler et les défis à relever, les sept domaines d'action prioritaires et les fonctions essentielles de l'OMS. Le titre « Engagement en faveur de la santé » décrit ce que nous devons maintenant faire. Ensemble, nous devons mettre en œuvre la vision partagée du programme mondial d'action sanitaire.

Dans quelques instants, nous discuterons du Plan stratégique à moyen terme pour la période de 2008 à 2013, ainsi que du projet de Budget Programme 2008–2009. Tout comme le Programme général de Travail, le Plan stratégique à moyen terme repose sur les expériences pratiques, les défis et les besoins des pays.

Il ressort du Plan stratégique à moyen terme que l’OMS, pour mener à bien ses activités, doit concentrer l’attention sur les cinq grands axes suivants :

1. apporter un appui aux pays pour qu’ils instaurent la couverture universelle par des interventions efficaces de santé publique;
2. renforcer la sécurité sanitaire aux niveaux mondial et local;
3. mettre en place des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé;
4. développer les moyens institutionnels d’exercer les fonctions essentielles de la santé publique par le renforcement des systèmes de santé;
5. renforcer le rôle directeur de l’OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l’action des gouvernements au niveau des pays.

Pour financer ces activités, le projet de Budget Programme 2008–2009 a été arrêté à la somme de US \$4,2 milliards. Il s’agit là d’un point de repère. Pour la première fois, le budget alloué à la Région africaine dépasse la barre de 1 milliard de dollars, avec un montant de US \$1,189 milliard, ce qui représente une augmentation globale d’environ 25 % par rapport à l’exercice biennal en cours, soit US \$239 millions en termes absolus. Il est proposé que le Budget Programme soit financé par :

- une augmentation de 8,6 % des contributions fixées que doivent payer les États Membres, d’un montant total de US \$1 milliard;
- l’introduction de contributions volontaires de base négociées, d’un montant total de US \$600 millions;
- le solde étant fourni par des contributions volontaires spécifiques.

Même avec cette augmentation, la part des contributions fixées continuera de diminuer (23 %), ce qui est regrettable. Toutefois, nous espérons que l'introduction de contributions volontaires de base négociées se traduira par un meilleur alignement et par la réduction des coûts d'opération. Une proportion de plus d'un quart des ressources de l'Organisation est allouée à cette Région, ce qui souligne la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'utilisation efficiente et efficace de ces ressources.

Le Secrétariat de l'OMS met en œuvre des réformes ambitieuses sur le plan de la gestion, afin de renforcer ses activités dans cette Région, en particulier sa capacité à fournir un appui aux pays. La décentralisation est une composante clé de ces réformes. La mise en place d'équipes de soutien interpays, aux côtés des bureaux de pays, permettra de fournir à temps aux pays un appui technique plus complet et de la plus haute qualité. S'agissant du Système global de gestion, cette Région sera la première à mettre en œuvre ce système global d'information qui est nouveau et moderne, et qui intègre la gestion des programmes à la gestion des ressources humaines, financières et infrastructurelles.

L'augmentation du budget reflète directement les attentes et demandes croissantes des États Membres. Elle vise essentiellement à couvrir les besoins dans les domaines prioritaires suivants :

1. la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile;
2. le renforcement de l'accent mis sur les maladies non transmissibles;
3. la pérennisation du développement sanitaire par une plus grande attention aux déterminants de la santé;
4. la mise en œuvre du Règlement sanitaire international;
5. le renforcement des systèmes de santé.

Je tiens à faire à ce niveau quelques commentaires spécifiques sur des questions sélectionnées. Pour réaliser l'Objectif du Millénaire pour le Développement relatif à la santé de l'enfant, il est indispensable de couvrir chaque nouveau-né et chaque

enfant dans chaque district par un ensemble d'interventions prioritaires. L'OMS joue un rôle actif dans le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Des succès ont été remportés dans cette Région grâce à des interventions efficaces. Ces succès montrent la voie à suivre. En Tanzanie, la mortalité infantile a baissé de 24 %, tombant de 147 pour 1000 en 1999 à 112 pour 1000 en 2004. Le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, lancé en 2005 dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, permet d'éviter le décès de 18 000 enfants par an. Je salue également l'inscription de la drépanocytose à l'ordre du jour de la présente session du Comité régional de l'Afrique, conformément aux résolutions pertinentes adoptées récemment par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif. Cette maladie a un grand impact sur la mortalité et la morbidité infantiles.

La vaccination constitue un volet crucial de notre action dont elle est l'un des outils les plus efficaces. Malheureusement, chaque année, deux à trois millions d'enfants ne sont pas vaccinés et meurent de maladies évitables. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination contribue à l'élargissement de l'accès aux vaccins et à l'amélioration de la sécurité de la vaccination. Au total, 12 pays d'Afrique de l'Ouest bénéficieront bientôt d'une initiative de l'Alliance pour renforcer leurs stocks de vaccins anti-malaria, faire face aux urgences en cas de flambée, et entreprendre des campagnes de prévention. La contribution de US \$64,5 millions fournie par l'Alliance pour la vaccination contre la fièvre jaune sur une période de cinq ans contribuera également à renforcer les capacités des systèmes de santé, dans la mesure où elle encourage la fabrication et la distribution des vaccins.

Pour ce qui est de la santé maternelle, il reste encore beaucoup à faire pour éliminer les problèmes de santé des mères et des femmes. Nous sommes encore loin des cibles que nous devons atteindre au plus tard en 2015, et les progrès à cet égard sont trop lents. À l'échelle mondiale, une dynamique se développe de plus en plus en faveur de la santé sexuelle et génésique. Les organes directeurs de l'OMS ont approuvé une série de stratégies et de mesures visant à s'attaquer aux infections sexuellement transmissibles et à améliorer la santé génésique, en particulier chez les jeunes. J'ai personnellement fait de la santé maternelle et de la santé génésique de hautes priorités au cours des quelques mois de mon intérim à ce poste. Le 1<sup>er</sup> juin, j'ai rencontré Thoraya Obaid, Directeur exécutif du FNUAP, et avec d'autres collègues de haut rang, nous avons discuté des voies et moyens d'améliorer la coordination de nos actions dans les domaines de la santé sexuelle et de la santé génésique. À cet

égard, la réunion des Ministres de la Santé, prévue à Maputo, revêt une grande importance.

J'ai pris part à la 16<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le SIDA, tenue récemment à Toronto, au Canada. Un des messages qui a clairement émergé de cette Conférence avait trait à l'impérieuse nécessité d'améliorer les services de prévention, de traitement et de soins pour les femmes. Trois quarts de toutes les femmes âgées de 15 ans et plus et vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne. Il s'agit là d'une situation tragique tant pour ces femmes que pour leurs familles. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant constitue une haute priorité, tout comme l'extension du traitement pour les enfants. Plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH dans les pays durement touchés ignorent leur statut sérologique. En conséquence, ces personnes ne peuvent pas avoir accès au traitement ou aux conseils, et ne peuvent pas non plus œuvrer à la prévention de la propagation de la maladie. Le manque de services de traitement demeure critique. Vous avez accompli des progrès considérables dans l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale, le nombre de personnes ayant accès à celle-ci étant passé à 1 million en 2004, contre 100 000 seulement en 2003. Mais la Région représente encore 70 % des besoins non satisfaits à l'échelle mondiale.

La Conférence de Toronto a souligné la nécessité d'une approche équilibrée de la prévention, du traitement, des soins et du soutien dans la lutte contre le VIH. Elle avait pour thème : «Passons aux actes». Dans mon allocution, j'ai identifié trois domaines cruciaux dans lesquels nous devons passer aux actes : l'argent, les médicaments et les personnels de santé motivés. Le domaine clé où nous avons besoin d'actes est celui des personnels de santé. Nous reconnaissons tous la crise actuelle des personnels de santé. Il y a plus de personnes inscrites pour participer à la Conférence de Toronto qu'il n'y a de médecins dans toute l'Afrique orientale et centrale. À l'échelle mondiale, il y a une pénurie de 4,2 millions de personnels de santé, dont près d'un million pour la seule Afrique.

Nous devons nous attaquer aux causes véritables de cette pénurie. Les personnels de santé quittent le continent africain à cause du faible niveau de rémunération et des mauvaises conditions de travail qui y prévalent. Certains d'entre eux sont obligés d'embrasser d'autres professions dans leurs propres pays ou ailleurs dans le monde. La pénurie des personnels de santé paralyse tous les niveaux des soins de santé. Le thème de la Journée mondiale de la Santé de cette année et du

*Rapport sur la santé dans le monde 2006* vise précisément à appeler l'attention sur la pénurie des personnels de santé. Le rapport propose des actions immédiates au niveau des pays, dans le cadre d'un plan décennal.

Par ailleurs, le Plan stratégique à moyen terme et le projet de Budget Programme accordent une attention plus substantielle aux maladies non transmissibles. Les maladies infectieuses, les affections maternelles et néonatales, et les carences nutritionnelles demeurent certes les causes de la vaste majorité des décès dans cette Région, mais nous ne devons pas pour autant sous-estimer l'impact croissant des cancers, des maladies cardiovasculaires et surtout du diabète. Dans cette Région, selon les projections, les maladies chroniques non transmissibles seront la cause de 23 % de tous les décès en 2005. Au cours des dix prochaines années, l'on s'attend à ce que les décès dus aux maladies chroniques augmentent de 27 %, et les décès imputables au diabète de 42 %. Ces maladies peuvent être évitées grâce à une alimentation saine, à des exercices physiques réguliers et à la renonciation aux produits du tabac.

S'agissant de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, 137 pays sont déjà parties à ladite Convention. Il y a toutefois 17 États Membres de cette Région qui ne l'ont pas encore ratifiée, entérinée ou approuvée, ou qui n'y ont pas encore adhéré. Je les exhorte à le faire le plus rapidement possible. La Convention-cadre constitue l'un des moyens d'intervention les plus efficaces dans la maîtrise des facteurs de risque de maladies chroniques. L'usage du tabac est une cause majeure de décès que l'on peut éviter.

Nous devons agir sur les déterminants sous-jacents de la santé. Plus nous maîtriserons les facteurs influant sur la santé, plus grandes seront nos chances d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Les actions nécessaires pour s'attaquer à la plupart de ces déterminants dépassent le cadre des seuls ministères de la santé. Elles nécessitent la participation d'un grand nombre d'entités et de secteurs gouvernementaux et commerciaux. Le défi à relever consiste à utiliser les connaissances sur les déterminants sociaux et l'équité en santé pour mettre en place des politiques spécifiques et pragmatiques. À cet égard, je me félicite particulièrement de ce que les discussions de la Table ronde qui se tiendra dans la semaine portent sur l'action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie. L'action intersectorielle est une stratégie clé. La reconnaissance du fait que les maladies infectieuses émergentes constituent une

menace pour la santé humaine a favorisé les interventions dans de nombreux domaines qui n'étaient pas considérés jusque-là comme des priorités, du point de vue de la santé publique.

Je voudrais maintenant parler de l'application du Règlement sanitaire international et de la grippe aviaire. Ceux d'entre vous, ici présents, qui avez participé aux négociations minutieuses portant sur la révision du Règlement sanitaire international, vous savez la grande importance que les États Membres attachent à cet instrument. Rien n'indique actuellement que la menace que représente le virus H5N1 de la grippe aviaire soit en train de s'estomper. À ce jour, plus de 50 pays d'Asie centrale et australe, d'Europe, d'Afrique et du Moyen-Orient ont signalé des flambées chez les oiseaux. Des cas humains ont déjà été signalés dans dix pays. À la date du 23 août 2006, l'on avait enregistré 241 cas confirmés et 141 décès. Aucun pays de cette Région n'a encore confirmé des cas humains ou des décès liés à la grippe aviaire. Toutefois, la présence de la grippe aviaire chez les oiseaux au Nigéria et ailleurs est un signal clair qui appelle à la vigilance.

Le plus grand risque que présente le H5N1 pour la santé humaine ne vient pas des grands élevages commerciaux de volailles, mais plutôt des petits élevages pratiqués dans les concessions familiales. Dans ces environnements informels, les connaissances sur les moyens de se protéger contre l'infection sont limitées, et la vulnérabilité est plus grande. L'information et la communication constituent donc des actions hautement prioritaires. Un aspect crucial de la préparation consiste à renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'agriculture. Pratiquement tous les pays disposent maintenant de plans de préparation à la pandémie. Ces plans doivent devenir opérationnels. La capacité de fabrication d'antiviraux s'est considérablement améliorée. Des licences ont été octroyées pour la production d'antiviraux dans plusieurs pays en développement. Une plus grande attention est accordée à la mise au point d'un vaccin pandémique et à l'identification des voies et moyens de renforcer la capacité de production. Quelques essais cliniques sont en cours, avec des résultats encourageants.

S'agissant de la poliomyélite, nous sommes tous engagés en faveur de son éradication. À cet égard, il subsiste un certain nombre de défis. Sous le ferme leadership du Dr Sambo, des progrès notables ont été accomplis. L'épidémie qui a sévi entre 2003 et 2005 dans dix pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale a été enrayerée. La semaine dernière, j'étais à Dhaka, au Bangladesh, où le Comité régional a

discuté de la situation critique en Inde. De la même manière, nous devons maintenant examiner les voies et moyens de faire face à l'autre grand défi qui se pose au nord du Nigéria. Tant que nous n'aurons pas réussi à interrompre la transmission de la maladie au Nigéria, tous les pays africains, en particulier les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, seront toujours à haut risque de réinfection. Plus de la moitié des nouveaux cas survenus à l'échelle mondiale ont été enregistrés dans cinq États du nord du Nigéria. Nous savons qu'il est possible d'éradiquer la polio au Nigéria. Le moment est venu d'intensifier l'action. Nous devons également veiller à préserver les importants acquis obtenus ailleurs dans la Région en enravant rapidement les flambées actuelles en Angola, en République démocratique du Congo, en Éthiopie et en Namibie.

Enfin, et peut-être le plus important, nous devons continuer à renforcer les systèmes de santé. Sans des systèmes de santé opérationnels et efficaces, nous ne serons pas en mesure de mettre à l'échelle voulue les services de santé essentiels, ni de réaliser les OMD. Nous devons améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé. À cette fin, nous devons identifier les meilleurs voies et moyens d'organiser les systèmes de santé et d'engager les différents acteurs et prestataires. Nous avons aussi besoin d'un financement équitable, suffisant et durable. À cette fin, nous devons examiner diverses options pour le financement des services de santé, explorer différents mécanismes de financement et déterminer la formule la plus efficace pour l'allocation des ressources. Nous devons en outre renforcer les bases factuelles des systèmes de santé pour éclairer la prise de décisions et leur mise en œuvre, ce qui nécessite des systèmes appropriés d'information et de surveillance, et l'investissement dans le renforcement des capacités de recherche au niveau national. Toutefois, sans des personnels de santé en nombre suffisant, tous nos efforts resteront vains. Le mois dernier, à Saint Pétersbourg, j'ai abordé la question des personnels de santé dans mon intervention devant le G-8. Pour atteindre le double objectif de la couverture et de l'accès universels, chaque pays a besoin de personnels de santé motivés. Je viens de réitérer avec insistance ce point de vue à la récente Conférence de Toronto sur le SIDA, au cours de laquelle nous avons lancé l'initiative « Traiter, Former, Fidéliser » pour protéger et appuyer les personnels de santé vivant avec le VIH. Cette initiative s'ajoute aux efforts déployés dans le même esprit à travers le monde, dans le cadre de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. L'observatoire des ressources humaines pour la santé, qui sera créé dans cette Région, contribuera également à soutenir ces efforts.

La répartition appropriée de l'aide au développement demeure un défi. Il y a lieu d'exprimer des préoccupations lorsqu'un pays tel que le Rwanda bénéficie d'une aide de US \$47 pour la lutte contre le VIH/SIDA, et de US \$1 million seulement pour la santé de l'enfant, la part des dépenses de santé placées sous le contrôle du gouvernement n'étaient que de 14 %. À égard, la Facilité d'assistance aux programmes en faveur de la santé constitue une importante initiative. Je salue les mesures envisagées au niveau de cette Région pour accroître l'efficacité de l'aide, élargir l'accès aux services de santé et rendre plus efficace la collaboration avec les partenaires. Cette initiative devrait être lancée à la fin de cette année, conjointement avec la Banque mondiale et d'autres partenaires.

En conclusion, je tiens à préciser que l'objectif visé est d'accroître la réactivité de l'OMS aux besoins des pays, qui est au centre de la planification stratégique que nous examinerons plus tard. Je suis fier du fait que l'OMS est perçue comme une organisation qui œuvre effectivement au sein du système des Nations Unies. Je pense que nous devons maintenant examiner, à l'échelle de toute l'Organisation, comment améliorer encore notre façon de travailler. À cet égard, une grande responsabilité incombe à cette Région. En effet, les pays de cette Région disposent du Budget Programme le plus élevé. Les programmes de la Région doivent être mis en œuvre avec la transparence, la responsabilité et l'efficacité voulues. Nous devons maintenant concentrer nos efforts, plus que jamais, sur notre personnel. Nous devons veiller à ce que les personnels qu'il faut soient aux places qu'il faut, avec les compétences qu'il faut. Je suis convaincu que sous le leadership du Dr Sambo et avec votre engagement actif constant et vos orientations, la Région africaine sera en mesure de faire face aux défis qui se posent.

Je vous remercie.

## ANNEXE 14

**DISCOURS DE SON EXCELLENCE  
LE PRÉSIDENT ALPHA OUMAR KONARÉ,  
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION AFRICAINE,  
LORS DE LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE DE LA 56<sup>ème</sup> SESSION DU COMITÉ  
RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

Monsieur le représentant du Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie,

Vous me permettez d'abord de saluer le professeur Ivo Paulo Garrido et de le féliciter tout particulièrement pour son élection à la présidence de la 56<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS.

J'aimerais saluer bien sûr aussi Son Excellence, le Président Jorge Sampaio, qui est un très grand ami de l'Afrique, et le féliciter d'avoir accepté d'être l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies, pour cette mission combien importante pour nous.

Je salue également monsieur Anders Nordström, Directeur général par intérim de l'OMS. Je tiens à vous dire combien nous partageons la douleur de cette grande famille de l'OMS, à la suite du décès du Dr Jong-wook Lee, qui nous avait fait le très grand honneur de nous recevoir et de partager nos préoccupations.

Monsieur le représentant du Premier Ministre,

Vous savez combien nous sommes solidaires de votre pays, surtout en ces moments extrêmement difficiles où votre pays est confronté à d'importantes inondations. Sachez que nous apprécions grandement le leadership de l'Éthiopie et celui du Premier Ministre éthiopien. Grâce à ce leadership, depuis quelque temps, l'Éthiopie s'impose comme la capitale de l'Afrique dans divers domaines et sur tous les plans. De surcroît, grâce à notre frère, le Dr Luis Sambo que je voudrais saluer et aussi féliciter, Addis-Abéba est presque devenue l'autre capitale du bureau régional de l'OMS. En effet, nous y avons organisé ensemble, cette année, beaucoup de réunions. Ici, ensemble, nous avons procédé au lancement de l'année pour accélérer

la lutte contre la SIDA, tel que vous l'avez décidé, Mesdames et Messieurs les Ministres, lors de la 55<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'Afrique.

Monsieur le Directeur régional,

Je souhaite que notre région soit votre Région, parce que votre Région n'est pas encore votre Région. Vous couvrez 46 États africains, tandis que je préside une organisation de 53 États africains. Je suis très heureux de voir l'Algérie ici, et je me pose la question de savoir où sont les autres de l'Afrique du nord ? L'Afrique du nord n'est-elle pas une partie de l'Afrique ? Je le dis ici très fortement parce qu'il nous importe aujourd'hui d'imposer une vision de l'Afrique. Il nous importe d'imposer une conception de l'Afrique.

L'Afrique du nord est partie intégrante de l'Afrique, c'est une question qui ne s'adresse ni à vous, ni à l'OMS, mais à l'ensemble du système des Nations Unies, car celui-ci met une bonne partie de nos statistiques avec celles de l'Afrique du nord. Bien sûr, avec le Moyen-Orient, nous savons qu'il y a des problèmes de proximité, mais ceux-ci peuvent se gérer. Cependant, la réalité aujourd'hui pour nous c'est l'Afrique et elle est une du nord du sud. Je souhaite donc que les ministres ici présents se joignent à nous pour faire prévaloir ce que nous considérons comme étant l'Afrique.

Monsieur le Directeur général de l'OMS,

Vous avez tout à l'heure, dans votre intervention, fait état de toutes les initiatives que nous avons menées ensemble. Je ne reviendrai pas sur ce sujet sauf pour saluer encore une fois le leadership du Président Obasanjo grâce auquel nous avons tenu, le mois de mai dernier, la grande réunion d'évaluation de l'engagement que nous avons pris ensemble concernant le SIDA, le paludisme, et la tuberculose.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Il importe que ces réunions ne deviennent pas simplement des réunions de routine. Il importe que ces réunions deviennent des réunions vraies qui nous permettent de connaître la réalité, de ne pas en avoir peur, de l'affronter et ensemble de la changer. Vous avez aussi fait état de la situation sanitaire, de l'évolution d'un certain nombre de maladies, y compris des nouvelles maladies. Vous avez parlé de la

grippe aviaire et je vous remercie du travail que nous avons fait ensemble pour fournir à temps un appui aux États.

Concernant cette épizootie, vous avez mentionné 5 pays africains affectés, je parle moi des 10 pays africains qui ont été concernés et dont 2 ont connu malheureusement des cas humains, ce qui nous interpelle très fortement pour que nous fassions attention à la grippe aviaire et aux autres maladies nouvelles, dont Ebola. Ces maladies ne concernent que nous et c'est à nous de prendre l'initiative pour assurer un contrôle et une prévention accrues.

Vous avez aussi fait état des efforts qui ont été déployés dans la lutte contre la poliomyélite, tant mieux ! Néanmoins, nous devons insister sur le fait que nous avons pris l'engagement de bouter la poliomyélite hors d'Afrique depuis au moins 2 ou 3 ans, or nous constatons ces deux dernières années, qu'en dépit des efforts considérables consentis, de nouveaux pays sont aujourd'hui touchés. Ceci nous interpelle très fortement pour que de façon plus étroite nous travaillions ensemble, pour que nous associions plus étroitement les communautés économiques régionales aux diverses actions que nous sommes en train de mener.

Monsieur le Directeur général,

Vous avez fait état avec raison des causes qui expliquent l'état sanitaire déficient du Continent. Incontestablement, il y a la pauvreté et le manque de ressources qui explique en partie, l'état de dégradation des structures sanitaires et que malgré tous les efforts réalisés, il est encore difficile pour les plus pauvres en Afrique de se faire soigner. Ce manque de ressources, avouons-le, a aussi d'autres noms ; je dis bien d'autres noms. Ce sont les conflits, la mauvaise gouvernance et l'insuffisance d'infrastructures de base sur le Continent, qui ne nous aident pas à mieux aborder un certain nombre de questions sociales.

Disons-le net ; la plupart de ces maux sont essentiellement de notre responsabilité. Quand nous évaluons les conflits actuels, nous nous rendons compte que leur coût est inadmissible et scandaleux, parce que ces conflits pour l'essentiel sont des conflits internes ou des conflits entre nous.

Mesdames, Messieurs les Ministres,

Il est difficile, quand nous ne maîtrisons pas de telles situations, de continuer de demander l'aide de nos partenaires. Mesdames et Messieurs, dans les divers rapports qui ont été présentés tout à l'heure, nous avons vu ensemble les pistes qui peuvent permettre à l'Union africaine et au Bureau régional de l'OMS de travailler ensemble. Je saisis cette occasion, Monsieur le Directeur régional, pour rappeler que lors de votre élection vous avez émis le vœu de travailler en étroite collaboration avec nous, sous notre leadership et que l'OMS est la première organisation internationale ayant signé un accord avec l'ancienne OUA en 1969.

À cela s'ajoute le fait aussi que vous ayez compris qu'il était indispensable que le politique et le technique collaborent pour que les décisions que vous allez prendre ici puissent être réellement appliquées. Il nous faut continuer dans ce sens et faire en sorte que vos réunions régionales et les réunions ministérielles de l'Union africaine se tiennent ensemble. Cela nous permettra d'éviter le gaspillage et d'harmoniser les programmes. Il n'y a aucune raison pour que les ministres de la santé de l'Union africaine et les ministres de la santé des États Membres de votre Organisation travaillent séparément, ne coordonnent pas leurs programmes, ne travaillent pas mieux ensemble. Je pense que vos interventions comprennent des pistes que vous avez bien dégagées et sur lesquelles la Commission de l'Union africaine est disposée à orienter son travail.

Aujourd'hui, dans tous les pays africains, il existe des plans d'action. Il s'agit peut-être que nous voyions ensemble, comment élaborer, à partir de ces plans nationaux, un plan d'action sur le plan continental. Aujourd'hui, dans tous les pays, il on trouve des cartes sanitaires. Il apparaît crucial aujourd'hui que nous travaillions ensemble pour avoir une carte sanitaire africaine. Celle-ci nous permettrait de mettre en place des systèmes d'observation et d'intervention rapide améliorés.

Le fait de travailler ensemble nous permettra également d'aborder les problèmes de médecine traditionnelle et de pharmacopée. L'Union africaine est d'ailleurs en train d'en faire l'état des lieux en vue d'une grande réunion, conformément à la décision qui a été prise en 2001 par les Chefs d'États, qui ont lancé la décennie de la médecine traditionnelle. Nous ne devons pas oublier que nous sommes dans la décennie de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée.

Si vous le permettez, il y a un point que nous devrions aborder ensemble : c'est le problème de la formation et des centres d'excellence. Chaque pays, individuellement, ne peut pas avoir les hôpitaux les plus performants. Il faudra peut-être envisager de mettre en place, un réseau d'hôpitaux d'excellence, de centres de recherche d'excellence, d'équipes de recherche d'excellence, où les modestes moyens que nous avons serons rassemblés pour affronter les défis auxquels nos pays sont confrontés et travailler ensemble dans les domaines de la formation. Il nous sera alors plus aisé de tirer tous les bénéfices des nouvelles technologies de l'information qui aujourd'hui nous ouvrent très largement des portes pour le traitement et pour la recherche.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Je voudrais enfin, concernant la formation, insister sur la nécessité pour nous d'avoir une politique commune pour dire « non » à cette politique d'immigration choisie qui constitue en fait une porte pour vider nos pays des cadres que nous formons dans des conditions difficiles. L'immigration choisie unilatéralement est inacceptable et injuste pour nous. Nous le déclarons ici avec vigueur, mais au-delà des mots, il nous faut nous-mêmes adopter une stratégie à proposer à nos partenaires afin de faire face à cette situation difficile.

Vous savez autant que moi que nombre de nos cadres se trouvent aujourd'hui hors du Continent. Nous voyons aussi, non seulement parce que l'actualité nous y oblige, mais également parce que cela vous concerne, de nombreux jeunes, parfois à la santé fragile, qui essayent de quitter l'Afrique. La situation de ces immigrés est scandaleuse, je dis bien scandaleuse ! Mesdames et Messieurs les ministres, le silence qui couvre leurs conditions de vie, pour nous tous, personnalités politiques, est inacceptable ! Il nous faut aujourd'hui un sursaut national ! Il faut aujourd'hui qu'il y ait une expression plus forte de devoir d'humanité parce que ceux qui sont en train de partir constituent la jeunesse de notre continent.

Ils représentent la sève de notre continent. Nous ne pouvons pas admettre qu'ils soient considérés comme les damnés de l'Afrique, car croyez-moi bien, je l'ai dit au sommet de Banjul, ces damnés d'Afrique n'accepteront jamais d'être des damnés de la terre, et leur comportement d'aujourd'hui engendrera la violence dans nos pays si nous n'y prenons garde ! Ces préoccupations nous interpellent et je les évoque devant vous parce qu'elles vous concernent sous tous les angles.

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres,

Je voudrais pour terminer vous rappeler, comme d'ailleurs le professeur Garrido l'a fait, le rendez-vous que nous allons avoir ensemble du 22 au 26 septembre cette année, à Maputo, pour continuer le travail que vous avez commencé lors de votre 55<sup>ème</sup> session. Je suis convaincu que le plan d'action qui va être élaboré conformément au cadre que vous avez mis en place, sera à la hauteur de nos attentes.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Je souhaite plein succès à vos travaux ! Que Dieu nous assiste ! Merci beaucoup.

## ANNEXE 15

### ALLOCUTION CONJOINTE D'ESTER GULUMA ET DE PER ENGEBEK, DIRECTEURS RÉGIONAUX DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE, ET POUR L'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE, RESPECTIVEMENT

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Distingués Invités,

Ma collègue, Ester Guluma, et moi-même aimerions remercier le Directeur régional du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, pour son aimable invitation à assister à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, dans cette grande ville d'Addis Abéba.

L'OMS et l'UNICEF ont une longue et remarquable tradition de très étroite collaboration sur un certain nombre de questions de santé publique. Elles ont été partenaires à l'occasion de multiples initiatives conjointes pour faire avancer les actions sanitaires à l'intention des femmes et des enfants, notamment, en Afrique. C'est donc un privilège et un immense plaisir d'être ici avec autant d'éminents ministres de la santé, collègues de l'OMS et d'autres partenaires au développement.

Nous aimerions saisir l'occasion pour féliciter le Ministre de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie pour son élection à la présidence de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique. Nous ne doutons pas que, sous sa direction, cette session laissera le souvenir d'un grand succès.

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Distingués Invités,

Nous aimerions féliciter le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, de son excellent rapport sur les activités de l'OMS dans la Région africaine au cours de la période biennale 2004–2005. Sous sa direction inspirée, des progrès significatifs ont été accomplis sur de nombreux fronts, notamment dans la lutte contre le VIH/SIDA,

la tuberculose et le paludisme, qui affectent la survie et le développement de tellement de femmes et d'enfants africains. Même si la cible 3 millions d'ici 2005 n'a pas été atteinte au niveau mondial, des progrès importants ont été réalisés en Afrique avec 800 000 personnes selon les estimations, soit environ 20 % des personnes dans le besoin, bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale en décembre 2005. De la même manière, les programmes de lutte contre le paludisme se sont renforcés, ce qui s'est traduit par une augmentation du nombre de personnes ayant accès aux associations thérapeutiques à base d'artémisinine et du nombre d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Dans le rapport du Directeur régional, nous notons que d'importants progrès ont été également enregistrés dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. La réussite du Partenariat pour l'élimination de la rougeole en Afrique en est un exemple manifeste avec, selon les estimations, une réduction de la mortalité spécifique à la rougeole de plus de 50 % au cours des cinq dernières années. Plus de 20 pays d'Afrique font à présent part d'un taux de couverture de plus de 90 %. Il est également important de noter que plus de 72 % des pays d'Afrique mettent à présent en œuvre l'approche Atteindre chaque district, 67 % des districts signalant une couverture DPT3 supérieure à 90 % en novembre 2005, contre 49 % au cours de la précédente période biennale.

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Distingués Invités,

Des activités comme celles-ci, organisées en Afrique, ne peuvent échapper au rituel de l'inventaire des progrès qui sont en train d'être accomplis en Afrique, et cela va être à la base de ces brèves remarques. Nous devons faire cet exercice d'examen, parce que l'Afrique est souvent présentée comme un point aveugle du monde où l'on enregistre le moins de progrès en ce qui concerne la plupart des indicateurs de développement. Est-ce toujours une évaluation honnête et objective? Dans le peu de temps dont nous disposons, je me contenterai de discuter des progrès que nous sommes en train de réaliser en ce qui concerne l'OMD 4 - la réduction de la mortalité infantile.

Je suis fermement convaincu que l'Afrique est sur le point d'enregistrer des progrès historiques en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile, et j'ai quelques observations solides pour étayer cette affirmation. Lorsque le Programme élargi de vaccination a été lancé sur ce continent, il y a seulement trois décennies, l'objectif d'une couverture vaccinale de 80 % paraissait irréalisable. Cet objectif a été atteint à présent et le continent africain a enregistré la réduction la plus importante globalement de la mortalité due à la rougeole, comme l'indique le rapport du D<sup>r</sup> Sambo.

Il y a seulement une décennie, le paludisme était considéré comme un mode de vie et la communauté internationale s'était repliée dans une position de désespoir total. Le lancement en 1998 de l'initiative Faire reculer le paludisme a revitalisé le partenariat international et a montré que le paludisme peut être vaincu. Des pays disposant de modestes ressources comme l'Érythrée et l'île de Zanzibar ont montré que grâce à l'utilisation convenable des technologies existantes comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide, au traitement précoce efficace et à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, il est pour ainsi dire possible d'éliminer la mortalité liée au paludisme. Bien entendu, le plus grand défi auquel notre continent est confronté, est la résistance croissante et variable du parasite du paludisme. Cependant, nous avons remarqué qu'il existe une collaboration internationale novatrice et sans précédent en matière de recherche et de mise au point de médicaments antipaludéens, et d'accès à ces médicaments pour ceux qui en ont besoin. Avec ce soutien, à peu près tous les pays ont à présent revu leurs politiques de traitement et adopté l'emploi de médicaments plus efficaces, et les résultats de ce changement quant à la réduction de la mortalité et des cas graves de la maladie devraient devenir évidents dans les années à venir.

En 2003, le journal médical international, *The Lancet*, a sérieusement interpellé l'UNICEF au sujet de notre engagement en faveur de la survie infantile. Nous nous sommes montrés à la hauteur du défi et il y a deux ans, nous avons appliqué le modèle utilisé par *The Lancet* pour estimer la réduction de la mortalité qui pouvait être obtenue dans notre Région, avec une couverture complète par 23 interventions dont l'efficacité est scientifiquement reconnue. Nous avons également passé en revue de manière critique les progrès que nous sommes en train d'accomplir dans le cadre d'interventions à assise communautaire. Des exemplaires du rapport sont disponibles au Secrétariat. Les conclusions de ce rapport ont été partagées à l'occasion d'une conférence au niveau du continent africain, organisée à Mombasa (Kenya) par l'OMS

et l'UNICEF. Les résultats sont très encourageants. A peu près tous les pays ont adopté la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Avec une couverture totale par des interventions efficaces, nous atteindrons l'OMD relatif à la réduction de la mortalité infantile. Même si nous n'avons atteint qu'une couverture de 70 % pour les autres interventions et 60 % seulement pour celles relatives au paludisme, comme cela est évoqué dans notre Déclaration d'Abuja, nous obtiendrons une réduction de la mortalité de 50 %. Pour moi, ce sont là des raisons de faire preuve d'un optimisme réel.

Cependant, il y a plusieurs signes de progrès. Les données des enquêtes démographiques et sanitaires montrent des réductions de plus de 20 % en ce qui concerne la mortalité des moins de cinq ans, par exemple, en Égypte en Érythrée, en Éthiopie, à Madagascar, au Maroc, au Mozambique, au Rwanda, et en Tanzanie. Ces tendances montrent amplement que l'OMD 4 peut être assurément atteint et, en fait, peut offrir une orientation pour la réalisation des autres OMD relatifs à la santé et à la nutrition.

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Distingués Invités,

Je serais naïf de faire simplement un tableau idyllique, alors qu'il est évident que les principaux défis subsistent! Il y a deux décennies, nos progrès sur le plan de la mortalité infantile ont commencé à être mis en péril par l'émergence de l'épidémie de VIH/SIDA qui, dans certains pays de l'Afrique australe, est responsable jusqu'à 40 % de la mortalité infantile. Cependant, il est encourageant de constater que l'un des pays les plus touchés sur ce continent a relevé le défi et est devenu un modèle pour ce qui est d'intensifier le traitement et les soins. Sur ce point, nous aimerions féliciter la République du Botswana pour cette réalisation phénoménale!

Cela dit, Mesdames et Messieurs les Ministres, dans le même temps, nous nous déclarons vivement préoccupés par la situation catastrophique dans laquelle se trouvent la plupart des pays, notamment pour ce qui est de rendre le traitement accessible aux enfants. Il est plutôt embarrassant de dire que la plupart de nos pays ont une couverture inférieure à 1 % des enfants ayant le SIDA et sous traitement! Ce

n'est pas simplement contraire à l'éthique, mais c'est ce que je considère comme une violation flagrante des Droits de l'Enfant!

Le second problème qui est éventuellement plus intrigant est la lenteur de l'accélération de la mise en œuvre de la PCIME dans la Région. Si nous avons à vrai dire démontré que cette stratégie est efficace, nous devons alors tenir compte de l'appel lancé en 2005 par les Chefs d'État en Libye, où ils ont demandé une accélération de l'action en faveur de la survie de l'enfant. À la suite de cette décision, nous avons chargé nos experts d'élaborer un cadre pour la survie de l'enfant. Ce cadre fournit des orientations stratégiques très claires en ce qui concerne ce que nous devons faire. Je suis heureux que ce cadre sera également partagé avec cette assemblée.

Enfin, j'aimerais interpeller l'auditoire ici présent en affirmant qu'il est possible que le manque de progrès soit dû au fait que nous ne cueillons pas les fruits qui pendent le plus bas lorsqu'il est question de réduire de la mortalité infantile. L'année dernière, *The Lancet* nous a, à nouveau, mis en cause en ce qui concerne l'absence d'action de notre part pour ce qui est d'aborder la santé du nouveau-né. On estime que jusqu'à 75 % de la mortalité infantile intervient au cours de la première semaine d'existence! Cette période est malheureusement omise tant par les programmes que par la PCIME. Cela étant, nous sommes parfaitement conscients du fait qu'il y a des interventions à assise communautaire à faible coût et bien testées qui permettent, au cas où elles sont mises en œuvre correctement, de réduire dans une mesure significative cette mortalité. Dans certaines régions de l'Inde, où ces interventions ont été systématiquement essayées et documentées, on est parvenu à une réduction de 70 % de la mortalité. C'est pour cette raison même, qu'au moment où je parle, au moins 23 de nos décideurs et directeurs de programmes originaires d'Éthiopie, de Madagascar, du Malawi, du Mozambique, d'Ouganda et de Zambie sont en Inde ou au Pakistan pour étudier ces interventions et voir comment ces technologies pourraient être transférées sur notre continent.

Comme je l'ai dit auparavant, à l'UNICEF, nous pensons que ce cinquante-sixième Comité régional peut être un tournant dans l'accélération des progrès en vue de la réalisation des OMD relatifs à la santé en Afrique, et cela pour trois raisons.

Premièrement, nous sommes convaincus que le moment est décisif pour les ministres de la santé de réaffirmer leur volonté collective de créer des environnements politiques, stratégiques et budgétaires favorables à l'appui de ces

objectifs. Les progrès seront impossibles sans une volonté politique énergique et indéfectible.

Deuxièmement, nous pensons que bon nombre de documents directifs à examiner par le Comité régional au cours de cette semaine fourniront un cadre formidable que les pays peuvent utiliser pour inspirer l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans sectoriels et des stratégies de réduction de la pauvreté axés sur les OMD.

L'UNICEF est particulièrement satisfaite de sa collaboration avec l'OMS et la Banque mondiale en ce qui concerne la formulation de la nouvelle stratégie pour la survie de l'enfant dans la Région africaine. Cet effort commun est exemplaire pour deux raisons au moins. La première, le document fait l'inventaire des progrès scientifiques les plus récents faits dans le domaine de la survie de l'enfant et des nouvelles données factuelles relatives aux approches novatrices pour la mise à l'échelle des interventions à fort impact. La deuxième, il reflète de la part de ces trois institutions une réelle volonté d'associer leurs forces et de faire prévaloir leurs avantages comparatifs respectifs pour aider les pays à accélérer les progrès en faveur de l'objectif de la survie de l'enfant.

Outre cette nouvelle stratégie régionale pour la survie de l'enfant, nous notons également avec une grande satisfaction que d'autres documents comme le plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination, la stratégie de la prévention de l'infection à VIH pour la Région africaine, la stratégie du financement de la santé pour la Région africaine et le document sur la revitalisation des services de santé par l'approche des soins de santé primaires fournissent aux pays africains une "boîte à outils" pour des politiques très complètes en vue d'améliorer l'accès des femmes et des enfants à des services de santé plus efficaces et plus équitables.

Troisièmement, les pays africains ne sont pas seuls dans cet effort. Ils peuvent compter sur la solidarité africaine bien connue et sur l'appui de la communauté mondiale.

Au niveau politique, la solidarité africaine est représentée au mieux par l'Union africaine. À l'UNICEF, nous apprécions énormément le rôle joué par l'Union

africaine, sous la direction du Président Konaré, pour ce qui est de faire progresser la réalisation des OMD.

Dans un passé récent, les Chefs d'État ont adopté des décisions et des initiatives majeures concernant des questions ayant une portée particulière pour le bien-être des femmes et des enfants africains. L'une d'elle a été l'adoption d'une feuille de route sur la santé maternelle et génésique dans la Région africaine. Plus récemment, en 2005 à Syrte, l'Union africaine a adopté une décision en vue d'élaborer une feuille de route similaire pour atteindre l'OMD 4 en Afrique et a demandé à l'UNICEF et à l'OMS de l'aider à élaborer ce cadre. Des analyses initiales effectuées en collaboration avec la Banque mondiale et l'OMS montrent qu'il est possible d'atteindre l'OMD 4 en Afrique, ce qui se traduira par trois millions de vies sauvées chaque année chez les enfants de moins de cinq ans, à un coût supplémentaire inférieur à US \$10 par habitant (soit moins de US \$2 000 par vie sauvée).

La communauté mondiale doit mobiliser les ressources dont on a besoin pour aider les pays africains à disposer de la marge de manœuvre financière nécessaire pour atteindre ces objectifs et les maintenir. Le financement supplémentaire requis représente initialement 50 % de cette marge qui passera avec le temps à 75 % d'ici 2015, d'après des projections de la Banque mondiale et du FMI. Les coûts supplémentaires devront être supportés par les budgets nationaux de la santé (y compris, l'appui budgétaire) et par les fonds mondiaux (Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme - FMSTM, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination - GAVI), ainsi que par les donateurs multilatéraux.

Des ressources financières sont en train d'être mobilisées comme jamais auparavant pour des programmes de santé publique. Nous saluons l'annonce faite par le Brésil, la France, le Royaume-Uni et la Norvège de la création du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments. Celui-ci et d'autres nouveaux mécanismes de financement comme la Facilité internationale de financement pour la vaccination ont les qualités requises pour combler les déficiences importantes en ressources.

Cependant, il ne fait aucun doute que la mobilisation et la durabilité dans le temps de volumes suffisants de fonds de donateurs seront tributaires, et pas pour une petite part, de l'aptitude des pays à optimiser l'efficacité de l'allocation des budgets nationaux. Plusieurs pays en Afrique comme notre pays hôte, l'Éthiopie, mais aussi Madagascar et le Rwanda, ont mis en place de bonnes pratiques de

planification et de budgétisation basées sur les résultats, associées à des politiques efficaces de décentralisation. Ces approches novatrices doivent être documentées et partagées plus largement, ce qui entraînera d'autres adaptations aux différents contextes des pays.

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Distingués Invités,

Au nom de la délégation de l'UNICEF, permettez-moi de vous remercier à nouveau de votre aimable invitation. C'est un plaisir d'être ici avec les esprits et les cœurs les plus résolus de la communauté africaine de santé publique. Faisons bloc et disons que les progrès sont trop lents. Soyons suffisamment courageux pour prendre certains risques. Le talent et l'énergie sont présents ici, chaque enfant mérite que nous en fassions plus et que nous le fassions mieux.

Merci de votre attention.

## ANNEXE 16

### ALLOCUTION DU DR PHILIP O. EMAFO PRÉSIDENT DE L'ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS

#### **Au titre du point 8.5 de l'ordre du jour : Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives**

Monsieur le Président,  
Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

Le régime de contrôle international des stupéfiants est défini par les dispositions de la Convention unique sur les stupéfiants de 1953 (telle qu'amendée par le Protocole de 1972), de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, et de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Les principaux objectifs de ces traités internationaux relatifs aux stupéfiants sont de limiter la fabrication et l'utilisation des stupéfiants et des substances psychotropes au niveau requis pour des fins médicales et scientifiques; de veiller à leur disponibilité à ces fins; et de prévenir leur fabrication, leur trafic et leur utilisation illicites.

L'utilisation rationnelle des stupéfiants et des substances psychotropes dans tout pays est largement tributaire de l'existence d'un système bien géré de soins de santé et d'une autorité de réglementation pharmaceutique efficace. De cette manière, l'on s'assure que les patients qu'il faut reçoivent les médicaments qu'il faut, et que ces médicaments sont prescrits par des professionnels qualifiés et agréés. L'on s'assure également que les médicaments en question ne sont pas détournés de leurs fins licites.

Les difficultés éprouvées par plusieurs pays africains à fournir à l'Organe international les informations requises sur les substances soumises au contrôle, par exemple les estimations et les statistiques, de même que les évaluations à jour des besoins en substances psychotropes, peuvent s'expliquer par les lacunes de leurs systèmes de contrôle, qu'il convient de combler.

Monsieur le Président,

Les traités régissant le contrôle international des stupéfiants reconnaissent la nécessité d'utiliser les stupéfiants et les substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques, et de garantir leur disponibilité à ces fins.

L'Organe international est préoccupé par le fait que les stupéfiants, en particulier les analgésiques opioïdes, nécessaires pour la prise en charge rationnelle de la douleur dans les pays en développement, y compris de nombreux pays africains, ne sont pas disponibles en quantités suffisantes. Si aux Seychelles et en Afrique du Sud, la consommation moyenne des analgésiques opioïdes est d'un niveau comparable à celui de certains pays développés, la plupart des pays africains ne consomment que de petites quantités d'opioïdes, ce qui indique que la prise en charge de la douleur ne se fait pas adéquatement dans ces pays.

Conformément à une requête formulée dans la résolution WHA58.22 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé et à la résolution 2005/25 du Conseil économique et social des Nations Unies, l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants (OICS) et l'OMS examinent conjointement la possibilité de mettre en place un mécanisme d'assistance pour faciliter la prise en charge appropriée de la douleur en utilisant les analgésiques opioïdes.

Les gouvernements doivent, pour leur part, examiner dans quelle mesure leurs systèmes de soins de santé, lois et règlements autorisent l'utilisation rationnelle des opioïdes à des fins médicales, identifier les entraves à leur utilisation à ces fins, et élaborer des plans d'action pour la prise en charge appropriée de la douleur. À cet égard, il y a lieu d'appeler l'attention sur les directives de l'OMS concernant les politiques nationales de contrôle des stupéfiants, dans le cadre de la prise en charge de la douleur, intitulées : *Trouver l'équilibre dans les politiques nationales de contrôle des opioïdes : Directives pour l'évaluation*. Ces directives ont été élaborées en étroite coopération avec l'OICS.

Monsieur le Président,

Tout en veillant à la disponibilité des stupéfiants pour la prise en charge de la douleur, les gouvernements doivent également prendre des mesures pour éviter le détournement de ces substances et leur distribution par des circuits illicites.

Dans plusieurs pays africains, les médicaments, y compris les médicaments soumis au contrôle, se retrouvent dans des officines ne relevant pas des circuits de distribution établis ou autorisés par la loi. Cette situation permet dans une certaine mesure de comprendre comment les trafiquants tentent de contourner ou réussissent à contourner les contrôles aux niveaux national et international, facilitant ainsi l'abus ou la mauvaise utilisation de ces médicaments, avec de graves conséquences sur le plan de la santé publique.

Un développement négatif récent est le ciblage du continent africain par les trafiquants en vue du détournement de grandes quantités d'éphédrine et de pseudoéphédrine. Toutes les deux substances sont des précurseurs fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de la méthamphétamine qui est une drogue stimulante. Par le passé, l'abus de l'éphédrine et de la pseudoéphédrine a été signalé dans la Région. Il est possible que l'abus de ces substances se poursuive dans la Région. Les gouvernements sont donc invités à prendre les mesures appropriées pour prévenir tant le détournement que l'abus de l'éphédrine et de la pseudoéphédrine.

Le Conseil international invite instamment tous les pays d'Afrique à faire preuve de la plus grande vigilance possible et à contrôler minutieusement l'importation de ces précurseurs. Il est aussi important que les gouvernements réagissent à temps aux notifications de pré-exportation émanant des pays exportateurs. Devant la gravité de la situation, l'Organe international invite instamment tous les gouvernements à procéder à des évaluations et à l'informer des besoins d'ordre médical concernant ces deux substances, tant sous forme de matière première que sous forme de préparations pharmaceutiques.

Comme vous le savez, dans le cas des substances psychotropes, les pays peuvent invoquer l'article 13 de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, qui interdit l'importation de substances spécifiques (annexes II, III ou IV). En d'autres termes, cet article peut être utilisé comme un instrument de prévention du

détournement de substances soumises au contrôle. À ce jour, six pays africains ont déjà eu à invoquer l'article 13.

Monsieur le Président,

L'Organe international est convaincu qu'avec une formation appropriée, l'utilisation rationnelle des stupéfiants et des substances psychotropes sera une question familière aux professionnels des soins de santé. C'est la raison pour laquelle l'Organe international a adressé une correspondance à tous les gouvernements, en avril dernier, pour les inviter à prendre des mesures pour inclure dans les programmes d'enseignement des écoles et facultés appropriées de leurs universités, l'utilisation rationnelle des drogues à des fins médicales et les risques liés à la toxicomanie et de la dépendance aux drogues. L'Organe international est convaincu que les gouvernements africains sont en train de prendre des mesures à cette fin.

Monsieur le Président,

Au nom de l'Organe international, je vous remercie très sincèrement de l'opportunité qui m'a été offerte de m'adresser au Comité régional et je m'attends à ce que la collaboration entre l'OICS et l'OMS en Afrique se renforce davantage à l'avenir.

Je vous remercie.

## ANNEXE 17

### ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006 : Rapport annuel du Directeur régional
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Rapport du Sous-Comité du Programme
  - 8.1 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international dans le contexte des maladies émergentes : Implications pour la Région africaine
  - 8.2 Élimination de la lèpre : Rapport de situation et perspectives
  - 8.3 Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine
  - 8.4 Faire face à la situation du choléra dans la Région africaine
  - 8.5 Sécurité alimentaire et santé : Une stratégie pour la Région africaine
  - 8.6 Développement des ressources humaines pour la santé : Situation actuelle et perspectives

- 8.7 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
- 8.8 Le diabète dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
- 8.9 Orientations du Budget Programme 2008–2009
- 8.10 Révision du mandat du Sous-Comité du Programme
- 9. Information
  - 9.1 Prévention de l'infection à VIH : Rapport de situation
  - 9.2 Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation
  - 9.3 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
- 10. Rapports de la Table ronde et du Groupe de discussion
- 11. Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional
- 12. Adoption du rapport du Comité régional
- 13. Clôture de la cinquante-septième session du Comité régional

## ANNEXE 18

### LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC56/1	Ordre du jour
AFR/RC56/1 Add.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC56/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 2004–2005
AFR/RC56/3	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC56/4	Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC56/5	Ordres du jour de la cent-vingtième session du conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional
AFR/RC56/6	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC56/7	Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009
AFR/RC56/8	Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération
AFR/RC56/9	Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent
AFR/RC56/10	Financement de la santé : Une stratégie pour la région africaine
AFR/RC56/11	Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC56/12	Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine
AFR/RC56/13	Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC56/14	Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS

AFR/RC56/15	Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie
AFR/RC56/16	Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques
AFR/RC56/17	La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC56/18	Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 - Avant Projet de Budget Programme 2008-2009
AFR/RC56/RT/1	Programme de la Table ronde : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie
AFR/RC56/PD/1	Lutte antipaludique dans la Région africaine : Expériences et perspectives
AFR/RC56/19a	Rapport de la Table ronde
AFR/RC56/19b	Rapport de la Discussion de groupe
AFR/RC56/20	Éradication de la variole : Destruction des stocks de virus variolique
AFR/RC56/21	Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional
AFR/RC56/22	Date et lieu de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé 2008
AFR/RC56/23	Date et lieu de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2009
AFR/RC56/24	Rapport final du Comité régional
AFR/RC56/25	Liste des participants

Décision 1	Constitution du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des Pouvoirs
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la cinquante-septième session du Comité régional
Décision 7	Ordres du jour des cent-dix-neuvième et cent-vingtième sessions du Conseil exécutif
Décision 8	Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif
Décision 9	Session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé
Décision 10	Méthode de travail et durée de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 11	Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional
Décision 12	Lieux de la Conférence mondiale sur la recherche pour la santé et de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé
Décision 13	Désignation de représentants auprès du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) – Membres de

deuxième catégorie du Comité d'orientation et de coordination (PCC)

- AFR/RC56/R1 Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006-2009 (document AFR/RC56/7)
- AFR/RC56/R2 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/13)
- AFR/RC56/R3 Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/8)
- AFR/RC55/R4 Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/R9)
- AFR/RC56/R5 Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/10)
- AFR/RC56/R6 Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/12)
- AFR/RC56/R7 Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/15)
- AFR/RC56/R8 Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques
- AFR/RC56/R9 Motion de remerciements
- AFR/RC56/INF.DOC/1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation
- AFR/RC56/INF.DOC/2 Règlement sanitaire international (2005)

- AFR/RC56/INF.DOC/3 Rapport sur les ressources humaines de l'OMS dans la Région africaine
- AFR/RC56/INF.DOC/4 Situation actuelle de la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine
- AFR/RC56/INF.DOC/5 Termes de référence de la réunion des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC55/Conf.Doc/1 Allocution du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministre de la santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie
- AFR/RC56/Conf.Doc/2 Allocution d'ouverture de S. E. Ato Meles Zenawi, Premier Ministre de la République fédérale démocratique d'Éthiopie
- AFR/RC56/Conf.Doc/3 Allocution du Professeur Paulo Ivo Garrido, Ministre de la Santé de la République du Mozambique, Président de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC56/Conf.Doc/4 Discours du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC56/Conf.Doc/5 Allocution de M. Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Initiative «Halte à la Tuberculose»
- AFR/RC56/Conf.Doc/6 Allocution du Dr Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim
- AFR/RC56/Conf.Doc/7 Allocution de S.E. M. Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine

- AFR/RC56/Conf.Doc/8 Allocution conjointe d'Ester Guluma et de Per Engebek, Directeurs régionaux de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, et pour l'Afrique orientale et australe, respectivement
- AFR/RC56/Conf.Doc/9 Allocution du Dr Philip O. Emafo, Président de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants
- AFR/RC56/INF/01 Bulletin d'information sur la République fédérale démocratique d'Éthiopie