

AFR/RC57/19

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

*Brazzaville, République du Congo
27 – 31 août 2007*

Rapport final



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

*Brazzaville, République du Congo
27 – 31 août 2007*

Rapport final

**Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2007**

AFR/RC57/19

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2007)

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). 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

Page

ABRÉVIATIONS	ix
--------------------	----

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 Vices-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 des membres du Sous-Comité du Programme.....	3
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional	3
Décision 7 : Ordre du jour de la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif	4
Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif	4
Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé	5
Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional.....	6

Décision 11 : Composition du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	6
Décision 12 : Lieu de la Conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique	6

RÉSOLUTIONS

AFR/RC57/R1 : Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives	7
AFR/RC57/R2 Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS	9
AFR/RC57/R3 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives	12
AFR/RC57/R4 Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS	14
AFR/RC57/R5 Budget programme de l'OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine	16
AFR/RC57/R6 Motion de remerciements	18

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

	Paragraphe
CÉRÉMONIE D'OUVERTURE	1–27
ORGANISATION DES TRAVAUX	28
Constitution du Sous-Comité des Désignations	28
Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	29

Présidents de la Table ronde et de la Discussion de groupe	30
Adoption de l'ordre du jour	31
Adoption de l'horaire de travail.....	32
Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	33–35
Intervention d'un invité de marque	36
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2006 : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC57/2)	37–78
RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC57/15)	79
RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/3)	80–88
SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/4)	89–97
LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/5)	98–107
ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/6)	108–117
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/7)	118–127
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : RÉALITÉS ET OPPORTUNITÉS (document AFR/RC57/8)	128–137

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/9)	138–146
TUBERCULOSE ET VIH : UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/10)	147–154
BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008–2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC57/11)	155–164
RÉVISION DE LA COMPOSITION ET DU MANDAT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC57/12)	165–171
DÉTERMINANTS SOCIAUX CLÉS DE LA SANTÉ : APPEL EN FAVEUR D'UNE ACTION INTERSECTORIELLE POUR AMÉLIORER LA SITUATION SANITAIRE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/13)	172–179
USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/14)	180–187
DOCUMENTS D'INFORMATION	188
TABLE RONDE : Prévention et lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/RT/1)	189
DISCUSSION DE GROUPE : Rôle des communautés dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PD/1)	190

CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (document AFR/RC57/17)	191–198
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-HUITIÈME ET CINQUANTE- NEUVIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC57/18)	199–200
LIEU DE LA CONFÉRENCE SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE	201
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC57/19)	202
CLÔTURE DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL	203–209
Remarques de clôture du Directeur régional	203–205
Motion de remerciements	206
Remarques du Président et clôture de la réunion	207–209

PARTIE III

ANNEXES

	Pages
1. Liste des participants	75
2. Ordre du jour de la cinquante-septième session du Comité régional	93
3. Programme de travail	96
4. Rapport du Sous-Comité du Programme	103

5.	Rapport de la Table ronde.....	157
6.	Rapport de la Discussion de groupe	160
7.	Discours de Mme Emilienne Raoul, Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille de la République du Congo	164
8.	Allocution du Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Ministre de la Santé de l’Ethiopie, Président de la cinquante-sixième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique	166
9.	Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l’OMS pour l’Afrique	171
10.	Allocution du Dr Grace Kalimugogo, Représentante du Commissaire aux Affaires sociales de l’Union africaine.....	180
11.	Discours du Dr Margaret Chan, Directeur général de l’Organisation mondiale de la Santé	185
12.	Discours de S. E. M. Isidore Mvouba, Premier Ministre, chargé de la Coordination de l’Action du Gouvernement et des Privatisations de la République du Congo	201
13.	Intervention de M. Per Engebak, Directeur régional de l’UNICEF pour l’Afrique orientale et australe	205
14.	Ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional	211
15.	Liste des documents	213

ABRÉVIATIONS

ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui Touchent au commerce
APOC	Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose
CCC	Conseil conjoint de coordination
CDC	<i>Centers for Disease Prevention and Control</i> (États-Unis d'Amérique)
CDSS	Commission des Déterminants sociaux de la Santé
DCT ₃	Triple vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DDT	Dichlorodiphényltrichloréthane
DFID	<i>Department for International Development</i> (Royaume-Uni)
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DPI	Droits de propriété intellectuelle
DSS	Déterminant social de la santé
EAIP	Equipe d'appui interpays
EDS	Enquête démographique et de santé
ESARO	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GTIG	Groupe de travail intergouvernemental
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
MNT	Maladie non transmissible
MR	Multirésistante (tuberculose)
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCP	Programme de lutte contre l'onchocercose
OGM	Organisme génétiquement modifié
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEPFAR	Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida

PIB	Produit intérieur brut
PNLC	Programme national de lutte contre le cancer
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	personne vivant avec le VIH
RHS	Ressources humaines pour la santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
TB	Tuberculose
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UICC	Union internationale contre le cancer
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
UR	Ultrarésistante (tuberculose)
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
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 27 août 2007, était composé des représentants des États Membres suivants : Burundi, Érythrée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Zimbabwe. Maurice n'a pas pu prendre part à la réunion.

Le Sous-Comité a élu Président, le Dr Saleh Meky, Ministre de la Santé de l'Érythrée.

Première séance, 27 août 2007

Décision 2 : Élection du Président, des Vices-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 :

<i>Président</i>	Mme Emilienne Raoul, Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille de la République du Congo
<i>1^{er} Vice-Président</i>	Mme Marjorie Ngaunje, Ministre de la Santé du Malawi
<i>2^e Vice-Président</i>	Prof. Charles Kondi Agba, Ministre d'État, Ministre de la Santé du Togo
<i>Rapporteurs</i>	Dr Roger Constant Ayengoye Chef de Délégation de la République du Gabon (pour le français)

Major Courage E.K. Quashigah
Ministre de la Santé du Ghana (pour l'anglais)

Dr Anastacio Ruben Sicato,
Ministre de la Santé de l'Angola (pour le portugais)

Deuxième séance, 27 août 2007

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 : Algérie, Cameroun, Cap-Vert, République du Congo, Ethiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique, Rwanda, Tchad, Sénégal et Tanzanie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président, M. Olanguena Awono Urbain, Ministre de la Santé du Cameroun.

Deuxième séance, 27 août 2007

Décision 4 : Vérification des Pouvoirs

Agissant sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, 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, Côte d'Ivoire, Érythrée, 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, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

La délégation de Sierra Leone n'a pas présenté ses pouvoirs.

Septième séance, 30 août 2007

Décision 5 : Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme

Le Comité a approuvé le nouveau mandat du Sous-Comité du Programme. Pour garantir une meilleure représentation des États Membres au sein du Sous-Comité du Programme, le Comité a décidé d'élargir sa composition pour la porter de douze (12) à seize (16) membres.

Le Comité a également décidé que la désignation des États Membres au sein du Sous-Comité du Programme se ferait désormais sur une base sous-régionale.

Le mandat des pays ci-après au sein du Sous-Comité du Programme vient à expiration à la fin de la cinquante-septième session du Comité régional : Afrique du Sud, Seychelle, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie et Togo.

Conformément aux nouvelles modalités, ils seront remplacés par les pays suivants : Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert et République centrafricaine.

Ces pays se joindront aux pays suivants : Algérie, Angola, Bénin, Ouganda, Zambie et Zimbabwe, dont le mandat expirera en 2008.

Les quatre (4) États Membres supplémentaires qui feront partie du Sous-Comité du Programme à partir de 2008 sont les Comores, la République du Congo, la Côte d'Ivoire et le Tchad.

Sixième séance, 29 août 2007

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé le projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional (voir l'Annexe 14).

Septième séance, 30 août 2007

Décision 7 : Ordre du jour de la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif

Le Comité régional a pris note de l'ordre du jour provisoire de la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif (voir le document AFR/RC57/17).

Septième séance, 30 août 2007

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

- 1) Conformément à la décision 8 (3) de la cinquante-sixième session du Comité régional, le Malawi et Sao Tomé et Príncipe ont désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif à compter de la cent-vingt-et-unième session du Conseil exécutif, en mai 2007.
- 2) Le mandat du Liberia, de Madagascar, de la Namibie et du Rwanda expirera à la clôture de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Conformément à la procédure énoncée dans la décision 8 de la cinquante-quatrième session du Comité régional, ces pays seront remplacés par la Mauritanie, Maurice, le Niger et l'Ouganda, des sous-régions I, III, I et II, respectivement.
- 3) La Mauritanie, Maurice, le Niger et l'Ouganda assisteront à la cent-vingt-troisième session du Conseil exécutif après la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008 et devront confirmer leur disponibilité au moins six (6) semaines avant la Soixante-et-Unième 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.

Septième séance, 30 août 2007

Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-septième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-Président de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2008.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixante et Unième 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 17 mai 2008 à 9h30, au Siège de l'OMS à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-septième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante et Unième 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, 30 août 2007

Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional

Conformément au Règlement intérieur, le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-huitième session à Yaoundé (Cameroun) du 1^{er} au 5 septembre 2008 et sa cinquante-neuvième session à Kigali (Rwanda).

Septième séance, 30 août 2007

Décision 11 : Composition du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Le mandat de la République centrafricaine expirera le 31 décembre 2007. Suivant l'ordre alphabétique anglais, la République centrafricaine sera remplacée par les Comores pour une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2008. Les Comores se joindront au Tchad, autre membre de la Région africaine qui siège au Conseil conjoint de coordination.

Septième séance, 30 août 2007

Décision 12 : Lieu de la Conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique

Le Comité régional est convenu de tenir la Conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique à Ouagadougou (Burkina Faso), du 28 au 30 avril 2008.

Septième séance, 30 août 2007

RÉSOLUTIONS

AFR/RC57/R1 : Résurgence du choléra dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

Le Comité régional,

Conscient de l'aggravation de la situation du choléra depuis le début des années 1990 dans la Région africaine et de ses liens avec la pauvreté et le sous-développement;

Reconnaissant la complexité de la prévention et du contrôle du choléra avec la participation des différents secteurs, de la société civile, des municipalités et des communautés;

Conscient de la nécessité de programmes multisectoriels nationaux pour garantir l'accès universel à l'eau potable et à l'assainissement;

Reconnaissant la nécessité de mettre en place un mécanisme national de coordination de la lutte contre le choléra, mécanisme au sein duquel seraient représentés les secteurs gouvernementaux clés (santé, eau, assainissement, pêche, environnement, agriculture, intérieur, sécurité, éducation), les communautés, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les partenaires;

Préoccupé par le caractère réactionnel de la réponse du secteur de la santé qui prend souvent la forme d'une intervention d'urgence;

Ayant examiné le document intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS» : Situation actuelle et perspectives» ainsi que le rapport du Sous-Comité sur la question :

1. FAIT SIEN le rapport intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives»;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) de mobiliser des ressources pour le renforcement des programmes d'approvisionnement en eau potable et en aliments sains et d'hygiène du milieu en vue d'améliorer la couverture par ces services;
- b) d'inscrire la prévention et le contrôle du choléra dans les priorités gouvernementales au plus haut niveau, afin d'assurer une coordination multisectorielle associant les secteurs clés (santé, eau, assainissement, pêche, hygiène alimentaire, environnement, agriculture, intérieur, sécurité, éducation), les communautés, la société civile, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les partenaires;
- c) d'élaborer des plans multisectoriels intégrés à moyen et long terme incluant l'hygiène du milieu, pour remédier à la situation du choléra dans leurs pays;
- d) de renforcer les capacités nationales dans les domaines de la surveillance, du dépistage précoce, des investigations, de la confirmation en laboratoire, du partage de l'information et d'une riposte efficace, y compris la prise en charge des cas, en vue d'endiguer rapidement toute flambée de choléra;
- e) de diffuser des matériels de promotion sanitaire adaptés au contexte socioculturel, qui ciblent différents publics pour promouvoir l'hygiène personnelle et les comportements favorables à la santé, et changer les comportements entraînant un risque de choléra;
- f) d'intensifier la collaboration transfrontière, la coordination et le partage en temps utile des informations pour les activités de prévention et de contrôle du choléra.

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à appuyer les pays dans le renforcement des capacités nationales en leur fournissant des lignes directrices et des protocoles techniques à jour;
- b) de fournir un appui technique pour l'élaboration, l'exécution et l'évaluation de plans intégrés et exhaustifs sur la prévention et le contrôle du choléra;

- c) d'œuvrer avec les partenaires à la mobilisation de ressources pour le financement de la mise en œuvre de ces plans;
- d) d'appuyer les efforts consentis par les États Membres pour suivre les progrès réalisés dans la prévention et le contrôle du choléra dans leurs pays respectifs.
- e) d'aider les pays à renforcer la surveillance, le partage de l'information et la collaboration interpays, y compris les activités transfrontières.

Septième séance, 30 août 2007

AFR/RC57/R2 : Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant présent à l'esprit que la Constitution de l'OMS fait de la sécurité sanitaire des aliments une composante du mandat de l'Organisation;

Rappelant la résolution WHA 53.15 (mai 2000) de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a reconnu la sécurité sanitaire des aliments comme l'une des fonctions essentielles de la santé publique;

Considérant que les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009) soulignent l'importance de la sécurité sanitaire des aliments dans la prévention de la maladie;

Rappelant la résolution AFR/RC53/R5 (septembre 2003) du Comité régional intitulée «Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives»;

Reconnaissant que la plupart des substances qui contaminent les produits alimentaires proviennent de milieux malsains, d'une faible prise de conscience et de la connaissance inadéquate du rôle des toxines, pesticides et agents pathogènes dans la survenance de la maladie;

Préoccupé par le fait que la contamination des produits alimentaires et de l'eau continue à causer jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an, entraînant des pertes de 5,7 % à 7,1 % des années de vie corrigées de l'incapacité dans la Région africaine;

Conscient du fait que l'absence de surveillance et de recherche entrave la détection précoce des incidents liés à la sécurité sanitaire des aliments et les interventions fondées sur des bases factuelles;

Approuvant le document AFR/RC57/4 intitulé «Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) d'inclure la sécurité sanitaire des aliments dans les politiques nationales générales de développement et la lutte contre la pauvreté, et de mettre en place un cadre juridique pour garantir la sécurité sanitaire des aliments à l'échelle nationale;
- b) d'inclure la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes d'enseignement à tous les niveaux;
- c) d'améliorer les capacités nationales et régionales d'analyse en entreprenant de manière appropriée la formation, le renforcement des capacités et l'élaboration de protocoles et procédures d'assurance-qualité;
- d) de renforcer les capacités des laboratoires nationaux à contrôler les aliments, particulièrement les aliments importés, y compris les OGM;
- e) de renforcer la recherche et la surveillance des maladies transmises par les aliments dans le cadre des systèmes nationaux et régionaux de surveillance intégrée de la maladie et de riposte;
- f) d'intensifier l'inspection multisectorielle de la sécurité sanitaire des aliments depuis la production jusqu'à la consommation et de veiller activement à l'observation de cette sécurité;

- g) de définir diverses approches pour mieux sensibiliser les producteurs et faciliter leur participation aux activités portant sur la sécurité sanitaire des aliments et la promotion de l'éducation dans ce domaine, y compris l'intégration de la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de survie de la mère et de l'enfant, ainsi que les milieux – santé, la réduction de la pauvreté et les initiatives de promotion de la santé;
- h) de renforcer les capacités des laboratoires nationaux en matière de surveillance des aliments, en particulier des produits alimentaires importés, y compris les OGM;
- i) d'inclure l'éducation à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes scolaires;
- j) de soumettre au Directeur régional des rapports annuels sur la sécurité sanitaire des aliments.

2. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer auprès des responsables politiques, des partenaires internationaux et des autres acteurs clés intervenant dans le domaine de la sécurité sanitaire et de la sécurité alimentaire;
- b) d'intensifier les efforts conjoints de renforcement des capacités, de définition des normes internationales de contrôle, de participation efficace aux comités pertinents de la Commission du Codex Alimentarius, de contrôle de la contamination des aliments, de partage de l'information, etc.;
- c) d'établir des liens efficaces pour la coopération, la collaboration et la coordination des organismes chargés de la sécurité sanitaire des aliments;
- d) de fournir un appui technique et matériel pour promouvoir la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions;
- e) de faire rapport tous les deux ans au Comité régional de l'Afrique.

Septième séance, 30 août 2007

AFR/RC57/R3 : Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

Le Comité régional,

Conscient de la contribution du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) au développement économique et à la réduction de la pauvreté en Afrique;

Ayant présent à l'esprit le risque de résurgence de la maladie en Afrique;

Préoccupé par le risque de perdre US \$2,5 milliards d'investissements, y compris le coût des dons d'ivermectine pour l'élimination de l'onchocercose dans les pays de l'ex-OCP et les pays couverts par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC);

Considérant les investissements consentis sur une période de 30 ans par les pays touchés de l'ex-OCP et pendant 10 ans par l'APOC et les partenaires de développement dans 19 pays non couverts par l'OCP;

Conscient de la capacité de la simule à voler sur une distance de plus de 400 kilomètres;

Reconnaissant le risque d'une nouvelle invasion des pays qui sont maintenant libérés de l'onchocercose et dans lesquels bon nombre d'activités productives de développement économique ont démarré;

Rappelant la Déclaration de Yaoundé sur l'accélération de la lutte contre l'onchocercose et le renforcement de l'engagement financier des pays touchés afin de préserver les acquis de la lutte;

Notant que l'appui des donateurs et le Programme APOC pourront prendre fin d'ici à 2015 :

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres touchés :

- a) d'inclure les activités de lutte contre l'onchocercose dans les programmes gouvernementaux de développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les approches sectorielles et les mécanismes du budget ordinaire, afin de garantir la viabilité du financement;
- b) de débloquer des fonds, au titre des budgets nationaux, pour accélérer la lutte contre l'onchocercose et préserver les acquis de la lutte contre cette maladie;
- c) d'intégrer le traitement de l'onchocercose sous directives communautaires dans le système de soins de santé, à tous les niveaux, afin de maintenir une couverture élevée du traitement et de réduire la prévalence de la maladie;
- d) d'intensifier les activités transfrontalières pour renforcer la surveillance et éviter que l'infection se propage dans les zones libérées de l'onchocercose;
- e) de soumettre à temps des statistiques et rapports nationaux détaillés au Bureau régional de l'OMS, sur une base annuelle, en vue du suivi des progrès réalisés.

2. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer en faveur de la lutte contre l'onchocercose, afin de réaliser l'objectif de l'élimination de cette maladie;
- b) de fournir un appui technique aux pays pour les aider à intégrer la lutte contre l'onchocercose dans les systèmes de soins de santé;
- c) de faire rapport au Comité régional en 2008, et par la suite tous les deux ans, sur les progrès accomplis vers l'élimination de la cécité des rivières en Afrique;
- d) d'étendre la durée de l'APOC jusqu'en 2015.

Septième séance, 30 août 2007

AFR/RC57/R4 : Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS

Le comité régional,

Notant le rapport du Directeur régional intitulé «Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

Conscient de l'évolution rapide de la prévalence du diabète et d'autres maladies non transmissibles, et de la charge élevée des maladies transmissibles, ce qui constitue une double charge pour les systèmes de santé et un facteur aggravant de paupérisation des populations;

Rappelant les résolutions WHA42.36^a, WHA53.17^b, WHA57.16^c, WHA57.17^d, EB 120/22,^e et AFR/RC50/R4^f et AFR/RC55/R4,^g qui ont appelé à intensifier la lutte contre le diabète et les maladies cardiovasculaires, ainsi que les efforts consentis par les États Membres et leurs partenaires dans ce domaine;

Rappelant la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 61/225 du 20 décembre 2006, faisant du 14 novembre, actuelle Journée mondiale du diabète, une Journée des Nations Unies, qui sera observée tous les ans à compter de 2007;

Rappelant également la pertinence de la prévention primaire et de l'approche intégrée de la surveillance et de la prise en charge des maladies non transmissibles, notamment la lutte contre leurs facteurs de risque communs;

Reconnaissant la nécessité d'une action communautaire durable pour mieux prévenir et contrôler le diabète à tous les niveaux du système de santé, en particulier au niveau primaire;

^a WHA42.36 (1989) : Prévention et lutte contre le diabète sucré.

^b WHA53.17 (2000) : Lutte contre les maladies non transmissibles.

^c WHA57.16 (2004) : Promotion de la santé et modes de vie sains.

^d WHA57.17 (2004) : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

^e EB 120/22 (2007) : Lutte contre les maladies non transmissibles : Mise en oeuvre de la stratégie mondiale.

^f AFR/RC50/R4 (2000) : Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine.

^g AFR/RC55/R4 (2005) : Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

Reconnaissant également l'importance de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'innocuité permanentes des médicaments, et notamment de l'insuline, aux personnes atteintes de diabète;

1. **APPROUVE** le document intitulé «Prévention du diabète : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

2. **DEMANDE INSTAMMENT** aux États Membres :

- a) d'élaborer ou de renforcer les politiques, plans ou programmes nationaux ciblant le diabète et les maladies non transmissibles;
- b) d'élaborer et de mettre en œuvre des activités intégrées de surveillance et de prévention primaire des maladies non transmissibles, et notamment du diabète, en s'attaquant à leurs facteurs de risque communs;
- c) de renforcer la mobilisation et l'allocation de ressources pour la prévention et le contrôle du diabète, et de garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'innocuité des médicaments;
- d) de conduire des enquêtes en utilisant l'approche STEPwise au moins tous les trois ans;
- e) d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour fidéliser leurs personnels de santé qualifiés;
- f) d'établir des partenariats avec l'industrie pharmaceutique, des fondations scientifiques et des organisations philanthropiques pour accélérer la mise en œuvre des stratégies nationales.

3. **PRIE** le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour les aider à assurer la surveillance et à élaborer et renforcer les politiques et programmes nationaux de lutte contre le diabète et les maladies non transmissibles;

- b) d'intensifier l'appui à la formation des professionnels de la santé à la lutte contre le diabète et les autres maladies non transmissibles, en évaluant les programmes mis en œuvre dans la Région;
- c) de maintenir et de renforcer la collaboration entre l'OMS et tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le diabète;
- d) de promouvoir la mobilisation de ressources financières additionnelles pour la mise en œuvre de la présente stratégie et de négocier la disponibilité, l'accessibilité des médicaments avec les partenaires et les sociétés pharmaceutiques;
- e) de faire campagne pour une baisse du coût des produits diagnostiques et des médicaments contre le diabète et les maladies non transmissibles.

Septième séance, 30 août 2007

AFR/RC57/R5 : Budget programme de l'OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la période biennale 2008–2009;

Notant avec satisfaction l'augmentation des fonds de toutes sources dans le budget programme approuvé, qui est nécessaire pour renforcer l'appui de l'OMS au développement sanitaire national;

Notant qu'une part estimée à 4 % du montant total des contributions fixées sera retenue (à hauteur de 3 % par le Directeur général et de 1 % par le Directeur régional) en tant que réserve pour faire face aux dépenses imprévues;

Notant que le budget programme de l'OMS, adopté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, a été préparé par le Directeur général avec la pleine

participation de tous les niveaux de l'Organisation et sur la base de l'approche de la gestion fondée sur les résultats;

Notant également les principes directeurs proposés pour l'allocation stratégique des ressources;

Se félicitant des efforts du Directeur général et du Directeur régional visant à allouer des ressources accrues aux objectifs stratégiques prioritaires;

Se félicitant également des efforts du Directeur régional visant à décentraliser davantage les ressources destinées à l'appui aux pays;

1. PREND ACTE des principes directeurs pour la mise en œuvre du budget programme dans la Région africaine;
2. PREND ACTE des allocations destinées au Bureau régional et APPROUVE les allocations affectées aux bureaux de pays de l'OMS;
3. APPROUVE la création, par le Directeur général, d'un fonds pour imprévus, constitué de 3 % du budget ordinaire, et APPROUVE la retenue de 1 % par le Directeur régional (d'un montant total d'environ US \$8,5 millions), pour couvrir les dépenses relatives aux activités non prévues, étant entendu que tout solde non utilisé sera réaffecté aux pays au cours du deuxième semestre de la deuxième année de la période biennale;
4. ADOPTE le document AFR/RC57/11 intitulé «Budget Programme de l'OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine » ;
5. PRIE le Directeur régional :
 - a) de veiller à ce que la planification opérationnelle, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation se fassent en étroite collaboration avec les autorités nationales ;
 - b) de poursuivre les efforts de mobilisation des fonds au titre des contributions volontaires pour garantir le financement adéquat de la mise en œuvre des plans de travail en vue de la réalisation des objectifs stratégiques prioritaires;

- c) de poursuivre le plaidoyer auprès des donateurs et des partenaires de développement pour qu'ils assouplissent les conditionnalités liées aux contributions volontaires.

Septième séance, 30 août 2007

AFR/RC57/R6 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts consentis par le Chef de l'État congolais, ainsi que par le Gouvernement et le peuple de la République du Congo, pour assurer le succès de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Brazzaville du 27 au 31 août 2007;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple du Congo ont réservé aux délégués;

1. REMERCIE Son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, pour les installations mises à la disposition des délégués ainsi que pour l'allocution stimulante et pleine d'encouragements prononcée en son nom à la cérémonie d'ouverture par M. Isidore Mvouba, Premier Ministre, Chargé de la Coordination de l'Action du Gouvernement et des Privatisations de la République du Congo.
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Congo pour leur hospitalité.
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo.

Huitième séance, 31 août 2007

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

1. La cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte au Palais du Parlement à Brazzaville (République du Congo), le lundi 27 août 2007, par Son Excellence M. Isidore Mvouba, Premier Ministre, chargé de la coordination de l'action du gouvernement et des privatisations de la République du Congo. Etaient présents à la cérémonie d'ouverture, des membres du Gouvernement congolais, les ministres de la santé et les chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, le Dr Grace Kalimugogo, représentante du Commissaire de l'Union africaine pour les Affaires sociales, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des membres du corps diplomatique, et des représentants des institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (*la liste des participants figure à l'annexe 1*).

2. Mme Emilienne Raoul, Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille de la République du Congo, a souhaité la bienvenue à Brazzaville aux ministres de la santé et aux délégués. Elle s'est félicitée de l'honneur fait au Congo d'accueillir la cinquante-septième session du Comité régional. Elle s'est félicitée tout particulièrement de la présence du Premier Ministre, représentant le Président du Congo, et de l'intérêt qu'il continue à porter à la situation sanitaire de la Région africaine. Elle a dit que le renforcement des systèmes de santé et la lutte contre la maladie sont les deux défis que la Région africaine doit relever, car tous deux ont un retentissement sur le développement durable. Elle a remarqué l'importance des points de l'ordre du jour, proposés pour la session actuelle du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle a chaleureusement souhaité la bienvenue au Dr Margaret Chan en sa qualité de Directeur général de l'OMS et l'a félicitée ainsi que le Comité régional pour leur attachement à mettre en œuvre les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et les efforts déployés à cet effet. Elle a exprimé sa gratitude aux partenaires du développement pour l'appui qu'ils apportent à l'amélioration de l'état de santé dans la Région africaine.

3. Le Dr Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Président de la cinquante-sixième 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, l'Éthiopie, de présider la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a signalé

que la présente session du Comité régional était la première session à laquelle assistait le Dr Margaret Chan depuis son élection en qualité de Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé et il l'a félicitée pour son élection.

4. Il s'est déclaré préoccupé par le nombre toujours plus grand d'Africains vivant avec le VIH/Sida qui était, en 2006, de 24,7 millions sur les 39,5 millions dans le monde. Il a fait l'éloge du Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le Sida (PEPFAR), qui a favorisé l'expansion rapide des services de prévention, de traitement et de soins. Cependant, la disponibilité des ressources pour continuer d'appuyer les activités couvertes par le programme, lorsqu'il se terminera en 2008, est source de préoccupation.

5. D'autres interventions prioritaires comme la lutte contre le paludisme, et la santé maternelle et infantile, méritent une attention particulière. Il a également cité le renforcement des systèmes de santé en tant qu'aspect important de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Il a salué la nouvelle initiative pour l'accès à la santé, lancée par le Royaume Uni avec de nombreux partenaires internationaux. L'initiative a prélué à une harmonisation positive visant à renforcer et à mettre en œuvre des plans, auxquels les pays sont partie prenante et qu'ils dirigent, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

6. Il a fait savoir aux participants que l'Éthiopie entrerait dans le nouveau millénaire le 12 septembre 2007 et que l'Union africaine avait souscrit à l'idée de faire du millénaire éthiopien le Millénaire de l'Afrique. Il a invité les autres États Membres à s'associer à cette idée (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'annexe 8*).

7. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a exprimé, par l'intermédiaire du Premier Ministre, sa profonde gratitude à Son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, pour sa précieuse assistance à l'organisation de la cinquante-septième session du Comité régional au Congo. Il a exprimé sa reconnaissance à Son Excellence M. Isidore Mvouba, Premier Ministre, pour avoir assisté au Comité régional en qualité de représentant du Chef de l'Etat de la République du Congo.

8. Le Dr L. G. Sambo a salué la présence du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, qui participe au Comité régional de l'Afrique pour la première fois en cette

qualité, depuis son élection à la tête de l'Organisation. Il a remercié le Dr Chan d'avoir honoré le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique qui fut sa première destination dans le cadre de son programme de visites aux régions de l'OMS. Cette occasion fournit un signe fort de la détermination du Dr Chan à accorder la priorité à la santé en Afrique.

9. Il a fait savoir que les réformes engagées, il y a quelques années, au Bureau régional ont commencé à produire des résultats tangibles. L'idée de disposer d'équipes d'appui interpays fonctionnelles est maintenant devenue réalité. À cet égard, le Dr Sambo a exprimé sa reconnaissance aux chefs d'Etat du Burkina Faso, du Gabon et du Zimbabwe, ainsi qu'aux ministres de la santé de ces pays pour avoir appuyé, sous diverses formes, la création des équipes et les avoir rendues opérationnelles. En outre, la décentralisation budgétaire s'est poursuivie, accompagnée d'une plus grande délégation des pouvoirs aux directeurs des divisions du Bureau régional et aux représentants de l'OMS dans les pays.

10. Le Directeur régional a souligné qu'il était nécessaire de mieux gérer les ressources allouées à la santé et de disposer d'un financement plus considérable pour garantir la réalisation des OMD en intensifiant les interventions prioritaires de santé publique. Il a souligné tout particulièrement l'importance des partenariats en tant que facteurs déterminants des actions menées par le Bureau régional. Il a indiqué au Comité que des négociations étaient en cours avec des partenaires essentiels pour rendre opérationnelles les lignes directrices de la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'alignement.

11. Il a informé les membres du partenariat de l'OMS avec l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et la Banque africaine de développement, qui a assuré une consultation systématique pour harmoniser les stratégies et les interventions afin d'appuyer le développement sanitaire dans les pays. Sur le plan de la coopération bilatérale, il s'est félicité de la coopération fructueuse avec le gouvernement des États-Unis et ses agences de coopération, notamment USAID et CDC, avec le Department for International Development (DFID) du Royaume Uni, avec les gouvernements du Canada, de la France, de la Norvège et du Portugal, de même qu'avec d'autres partenaires.

12. Le Dr L. G. Sambo a salué le renforcement des relations avec l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique et les communautés

économiques régionales. Il s'est félicité de l'adoption de la Stratégie de santé africaine, 2007-2015, lors de la troisième session de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine. Il a exprimé la volonté résolue du Bureau régional de fournir aux États Membres le meilleur appui possible pour mettre en œuvre cette stratégie.

13. Il a insisté sur la nécessité d'actualiser les politiques de santé nationales, en tenant compte des changements de situation et des nouveaux défis. Les principaux défis sont : les ressources humaines pour la santé, le financement de la santé, l'accès à des médicaments de qualité, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé maternelle et infantile, ainsi que les déterminants essentiels de la santé. Il a informé les délégués qu'en avril 2008, l'OMS organiserait la Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, afin de tirer les leçons de 30 années de mise en œuvre de l'approche des soins de santé primaires et d'identifier de nouvelles approches stratégiques en vue d'intensifier les interventions sanitaires prioritaires pour atteindre les OMD. En conclusion, il a souligné que pour venir à bout des problèmes de santé dans la Région africaine, il fallait faire preuve de détermination et traduire les politiques en mesures concrètes, et que la réalisation des OMD était techniquement possible (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'annexe 9*).

14. Le Dr Grace Kalimugogo, représentante de la Commission de l'Union africaine, a remercié le Gouvernement et le peuple congolais d'accueillir la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Elle a également remercié de l'invitation, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, et le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

15. Elle a remercié les ministres pour leurs actions individuelles et collectives menées pour promouvoir la santé des populations dans leur pays, les régions et l'ensemble du continent africain. Elle a noté que la cinquante-septième session du Comité régional intervenait deux mois après la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'UA qui s'est tenue au Ghana. La Conférence a entériné les résultats de la troisième session de la Conférence des ministres de la santé de l'UA qui a eu lieu en avril 2007 à Johannesburg, République d'Afrique du Sud.

16. Elle a en outre informé le Comité que la Conférence de l'UA avait examiné le rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des OMD, qui concluait que

l'Afrique avait toujours besoin d'intensifier ses efforts pour rattraper les autres continents. Elle a rappelé les défis auxquels l'Afrique est toujours confrontée : l'intensification de la pauvreté, l'insuffisance des infrastructures et des services de sécurité sociale, le chômage, les migrations, les conflits civils et armés, la malnutrition et une lourde charge de morbidité. Elle a donc préconisé des efforts et des partenariats plus efficaces et mieux coordonnés pour inverser cette situation conformément à la Stratégie africaine de santé.

17. Le représentant de l'Union africaine a rappelé que les années 2001 à 2010 comprenaient la Décennie de l'UA pour la médecine traditionnelle africaine et qu'un examen à mi-parcours s'imposait à présent. Elle a demandé instamment aux États Membres d'examiner l'état de la mise en œuvre des programmes nationaux et de soumettre des rapports qui pourraient être utilisés pour établir un rapport continental. Tout en reconnaissant les efforts déployés par le continent pour éliminer le paludisme et lutter contre le VIH/SIDA et la tuberculose, elle a souligné la nécessité de renforcer les systèmes de santé nationaux pour aborder la santé et le développement de manière approfondie.

18. Elle a mentionné qu'il était important de promouvoir une coopération intersectorielle pour aborder les questions de santé et le renforcement des programmes interpays dans le contexte de la planification et de la mise en œuvre des stratégies nationales (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'annexe 10*).

19. Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a exprimé sa gratitude aux États Membres pour leur volonté d'améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine. Elle a remercié le Gouvernement congolais d'accueillir la cinquante-septième session du Comité régional.

20. Elle s'est félicitée du travail accompli par l'Union africaine en ce qui concerne l'élaboration de la Stratégie de santé africaine, en indiquant que cette dernière était très complète et tenait compte des problèmes communs, même si les situations variaient d'un pays à l'autre. Elle a salué la stratégie et a exprimé la volonté de l'OMS de contribuer à sa mise en œuvre.

21. Dr Chan a indiqué les principaux obstacles auxquels les États Membres se heurtent dans l'amélioration de la situation sanitaire des Africains, à savoir l'absence de coordination, l'imprévisibilité des fonds et le manque d'efficacité de l'aide

internationale, les coûts élevés des transactions, les systèmes parallèles assurant les interventions, la capacité insuffisante des systèmes de santé par rapport à la charge de morbidité, et l'insuffisance des effectifs pour fournir les services requis. En conséquence, de nombreux pays africains ne sont pas en passe d'atteindre les OMD.

22. En réponse à ces défis, elle a demandé un engagement politique soutenu, une augmentation des fonds provenant de nouvelles sources et la mise en œuvre d'interventions efficaces et de stratégies ayant fait leurs preuves. À cet égard, elle a fait savoir que le Royaume-Uni, en partenariat avec le Canada, l'Allemagne et la Norvège, l'OMS et d'autres organisations importantes œuvrant à l'amélioration de la santé lanceront une nouvelle initiative avec un nouveau contrat d'engagement. Elle a mentionné quelques interventions efficaces et peu onéreuses, dont la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la stratégie intégrée pour la prise en charge de plusieurs maladies tropicales négligées, les «trois uns» pour le VIH/sida, la stratégie DOTS pour la tuberculose et les campagnes de vaccination intégrées. Elle a, en outre, souligné l'importance d'autonomiser les femmes, car elles sont des agents du changement et une ressource essentielle pour le développement durable. Évoquant les prestations des systèmes de santé, elle a rappelé aux États Membres que les soins de santé primaires étaient la meilleure voie pour assurer des soins durables, équitables et acceptables.

23. Elle a réaffirmé qu'il était important d'utiliser les instruments internationaux comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, pour se défendre collectivement contre les dangers pour la santé. Elle a mentionné la collaboration régionale de l'OMS et de la GAVI pour faire face à la fièvre jaune. En conclusion, elle a réitéré l'appui total de l'OMS aux États Membres d'Afrique (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'annexe 11*).

24. Son Excellence M. Isidore Mvouba, Premier Ministre de la République du Congo, a souhaité la bienvenue à Brazzaville et un agréable séjour dans son pays aux ministres de la santé et aux délégués. Au nom de Son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, il s'est félicité de l'honneur fait à son pays d'accueillir la présente session du Comité régional qui débattrait de questions importantes concernant la lutte contre la maladie et l'amélioration de l'état de santé des populations de la Région africaine.

25. Le Premier Ministre a rappelé que la santé était l'un des plus importants défis sur le plan du développement. Dans ce contexte, il a indiqué que la situation épidémiologique était toujours source de préoccupation dans la Région africaine, notamment ce qui concerne le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, l'onchocercose, le cancer, le diabète et la mortalité maternelle et infantile.

26. Il a souligné la nécessité pour les États Membres de poursuivre les efforts en vue d'atteindre les OMD liés à la santé, de même que ceux liés à la pauvreté, à l'éducation et à l'environnement. Il s'est félicité du *Règlement sanitaire international* et a invité les États Membres à ne rien négliger pour l'appliquer. Il a demandé instamment aux États Membres d'investir davantage dans la production et la gestion des professionnels de santé, y compris, l'amélioration de leurs conditions de travail. Le Premier Ministre a insisté sur les efforts consentis par le Gouvernement congolais pour assurer l'accès gratuit à la thérapie antirétrovirale. Il a indiqué que des efforts similaires seront déployés pour accroître l'accès aux moustiquaires et encourager leur utilisation.

27. Il a conclu en souhaitant au Comité de fructueuses délibérations. Au nom du Président de la République du Congo, il a déclaré ouverte la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (*Le texte intégral de l'allocation figure à l'annexe 12*).

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 : Burundi, Érythrée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 27 août 2007 à 12h45 et a élu Président, son Excellence le Dr Saleh Meky, Ministre de la Santé d'Érythrée. Maurice était le seul État Membre absent.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

29. Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC40/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau comme suit :

Président : Mme Emilienne Raoul
Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la
Famille,
République du Congo

1^{er} Vice-Président : Dr Marjorie Ngaunje
Ministre de la Santé, Malawi

2^{ème} Vice-Président : Dr Kondi Charles Agba
Ministre de la Santé, Togo

Rapporteurs : Dr Constant Ayenengoye (pour le français)
Chef de délégation, Gabon

Dr Courage Quashigah (pour l'anglais)
Ministre de la Santé, Ghana

Dr Anastacio Ruben Sicato (pour le portugais)
Ministre de la Santé, Angola

Présidents de la Table ronde et de la Discussion de groupe

30. Le Dr Anastacio Ruben Sicato, Ministre de la Santé de l'Angola, a été élu Président de la Table ronde sur la prévention et la lutte anticacéreuses dans la Région africaine de l'OMS, et le Professeur Sheila Dinotshe Tlou, Ministre de la Santé du Botswana, Président de la Discussion de groupe sur le rôle des communautés dans l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né dans la Région africaine de l'OMS.

Adoption de l'ordre du jour

31. Le Président de la cinquante-septième session du Comité régional, son Excellence Dr Emilienne Raoul, Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille de la République du Congo a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC57/1) 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 -12h00 et 14h00-17h30, pauses-café de 30 minutes, comprises.

Nomination 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 : Algérie, Cameroun, Cap-Vert, Congo (République du), Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Tchad. Les représentants de l'Éthiopie et du Mozambique n'étaient pas présents.

34. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 27 août 2007 et a élu Président M. Olomguena Awono Urbain, Ministre de la Santé publique du Cameroun.

35. Le Sous-Comité a 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, Érythrée, 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, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, 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.

Intervention d'un invité de marque

36. M. Per Engebak, Directeur régional de l'Unicef pour l'UNICEF/ESARO, a remercié le Dr Luis Gomes Sambo d'avoir invité l'UNICEF à s'adresser au Comité régional. Il a décrit les bonnes relations qui existent entre l'OMS et l'UNICEF et a indiqué la nécessité de se retrouver de temps en temps pour examiner de nouveau et réaffirmer leurs engagements. Il a affirmé que la réforme des Nations Unies appelait les différentes institutions à œuvrer de concert en vue de constituer une force cohérente, efficace et efficiente au service du développement (voir Annexe 13 pour le texte intégral).

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2006 : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC57/2)

37. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a présenté le rapport annuel 2006 sur les activités de l'OMS dans la Région africaine. Ce rapport couvrait la mise en œuvre du budget programme, les progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional et les perspectives pour 2007. Les tableaux joints en annexes présentent des détails sur la mise en œuvre du budget.

38. Le Dr Sambo a informé le Comité qu'en 2006, il avait pu effectuer des visites dans onze États Membres de la Région africaine. Ces visites lui avaient offert une occasion unique d'évaluer directement l'efficacité de l'appui de l'OMS aux pays et de procéder à un échange de vues avec les autorités nationales, au plus haut niveau, sur la réalisation des objectifs sanitaires.

39. Il a également informé le Comité que le Bureau régional avait poursuivi ses efforts de décentralisation et mis en place trois équipes d'appui inter pays à Ouagadougou, Libreville et Harare. Le Secrétariat avait poursuivi le processus de restructuration des bureaux de pays de l'OMS. À la fin de 2006, tous les 46 bureaux avaient déjà engagé le processus et 33 d'entre eux l'avaient achevé. L'objectif de la restructuration était d'aligner les ressources humaines sur les priorités des pays et sur la mission assignée à l'OMS.

40. Les efforts visant à renforcer les partenariats avec les Communautés économiques régionales, les agences de promotion du développement sanitaire et les autres institutions des Nations Unies avaient été intensifiés. À ce titre, 27 accords

avaient été signés et la Déclaration de Libreville sur la grippe aviaire avait été publiée, tout comme un partenariat pour la santé avait été établi entre l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement. L’OMS et les États Membres devraient fournir et conduire le leadership dans la mise en œuvre des initiatives bénéficiant de l’appui des partenaires.

41. Le tout premier *Rapport sur la santé dans la Région africaine* avait été lancé simultanément à Addis Abéba, Londres et Paris. Ce rapport identifiait les défis sanitaires auxquels étaient confrontées les populations de la Région et soulignait l’importance des systèmes de santé dans la prestation des soins de santé essentiels.

42. S’agissant du développement des systèmes et services de santé, il a informé les délégués que le Secrétariat avait fourni aux pays un appui pour les aider à développer leurs systèmes nationaux de santé, avec un accent particulier sur les ressources humaines pour la santé, le financement de la santé, les médicaments essentiels, la médecine traditionnelle, la sécurité transfusionnelle et les systèmes d’information sanitaire. Les résultats obtenus portaient notamment sur l’élaboration ou la révision des politiques nationales et des plans stratégiques, et sur la gestion du secteur de la santé dans 15 pays.

43. Le Dr Sambo a informé les délégués que pour aider les pays à résorber la crise des ressources humaines, le Bureau régional avait attribué 158 bourses OMS. Le Bureau régional avait également fourni un appui à 12 pays dans l’élaboration ou la révision des politiques et plans de développement des ressources humaines pour la santé; mis en place une banque de données et un site web pour l’Observatoire africain des Ressources humaines pour la Santé; et fourni un appui au Comité de pilotage de la Plateforme africaine des Ressources humaines pour la Santé.

44. Il a indiqué que le Comité régional avait examiné et adopté trois documents stratégiques importants : «Revitaliser les services de santé par l’approche des soins de santé primaires dans la Région africaine»; «Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine»; et «Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives».

45. Pour ce qui est de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, il a informé les membres du Comité que les 46 pays de la Région avaient lancé des campagnes pour promouvoir l’an 2006 comme Année de l’Accélération de la

Prévention du VIH dans la Région africaine. Les nouvelles données factuelles disponibles montraient que la tendance de la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes à l'échelle nationale était à la baisse. Il a en outre informé le Comité que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF et l'UNIFEM avaient mis en œuvre un plan d'action régional conjoint pour la prévention de l'infection à VIH.

46. Le Dr Sambo a informé le Comité que les taux de guérison de la tuberculose avaient légèrement augmenté et que les taux de détection des cas s'étaient maintenus à un niveau d'environ 50 %. Neuf États Membres seulement avaient atteint la cible de 70 %, fixée pour 2005 pour la détection des cas, et huit avaient atteint des taux de guérison de 85 %. L'existence de souches du bacille, résistantes aux antituberculeux de première et seconde intentions, avait été signalée pour la première fois dans la Région en 2006.

47. Des missions conjointes avaient été effectuées avec la *Presidential Malaria Initiative* des États-Unis dans 13 pays pour entreprendre des activités de revue, de planification, de suivi et d'évaluation sur le terrain. Un appui technique direct avait été fourni à 17 pays retenus pour le Programme «*Malaria Booster*» de la Banque mondiale. Les ressources de l'USAID avaient été utilisées pour fournir un appui aux réseaux d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest dans le suivi du traitement antipaludique.

48. Le Dr Sambo a informé les délégués que la couverture par la vaccination systématique s'était considérablement améliorée, passant de 73 % en 2005 à 82 % en 2006. Cette amélioration était due au succès de l'approche «*Atteindre chaque District*». Plus de 81,4 millions d'enfants de 20 pays avaient tiré parti d'une deuxième chance de vaccination contre la rougeole, ce qui avait permis de réduire de 75 % le nombre estimatif de décès imputables à la rougeole dans la Région.

49. À la faveur des Journées de Vaccination-Plus organisées en mai 2006, le nombre de nouveaux cas de poliovirus sauvage avait baissé de plus de 75 %. Le Nigéria était demeuré le seul pays d'endémie de poliomyélite en Afrique en 2006, mais huit pays avaient été touchés par l'importation du poliovirus sauvage. Pour faire face à la situation, des activités de vaccination supplémentaires contre la polio avaient été menées dans 15 pays, ciblant plus de 77 millions d'enfants.

50. Il a déclaré qu'au cours de l'année, les pays avaient bénéficié d'un appui technique pour faire face à des flambées majeures de choléra, de méningite, de fièvre de la Vallée du Rift, de fièvre jaune, de fièvre de *chikungunya*, de peste, de fièvre de Lassa et de grippe aviaire. Plus de 150 formateurs avaient été formés à la détection des cas, à l'investigation et à la riposte contre la grippe aviaire. Une formation à la surveillance et au diagnostic avait été dispensée à 15 techniciens supérieurs de laboratoire. L'Initiative contre la fièvre jaune, financée par la GAVI, était mise en œuvre dans 12 pays.

51. Le Directeur régional a ajouté qu'à la fin de 2006, l'éradication de la dracunculose avait été certifiée dans 18 pays, et 42 pays avaient atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre au niveau national.

52. Il a informé le Comité que le Programme africain de lutte contre l'onchocercose, en partenariat avec le personnel des services de santé et les distributeurs communautaires, avait traité plus de 5 millions de personnes dans 15 pays. Dans les pays où la situation sociale était stable, les projets avaient permis de maintenir les taux de couverture à des niveaux élevés variant entre 78 % et 85 %. Les partenaires avaient tenu des réunions pour examiner les activités de traitement dans les zones transfrontalières, et les Ministres de la Santé avaient réaffirmé leur engagement à accélérer l'élimination de la cécité des rivières.

53. Il a informé les délégués qu'une évaluation de la charge due aux maladies non transmissibles à travers la Région avait été entreprise, sur la base de l'approche de formation STEPS adoptée par l'OMS, et qu'un cadre pour la prise en charge de la drépanocytose avait été élaboré. Certains pays avaient actualisé leurs programmes nationaux de lutte contre le diabète, et d'autres avaient élaboré des programmes et plans nationaux sur la cécité évitable. Le Bureau régional avait publié et diffusé un manuel sur l'élaboration des politiques de santé bucco-dentaire et fourni un appui à trois pays pour les aider à élaborer leurs politiques nationales de santé bucco-dentaire.

54. Le Secrétariat avait appuyé la formation de professionnels de la santé à la détection, à la prise en charge et à la prévention des conséquences de l'usage de l'alcool et des autres substances psychoactives. Le Bureau régional avait procédé à une révision des domaines d'intervention prioritaires pour intégrer la santé mentale aux services de soins de santé primaires. Une base de données régionale avait été

créée et il ressortait des données disponibles que les taux d'usage du tabac étaient relativement élevés, variant entre 12 % et 18 %. À la fin de 2006, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac avait déjà été ratifiée par 30 pays de la Région.

55. Le Dr Sambo a rappelé que les Ministres africains de la Santé s'étaient engagés à mettre en œuvre la Stratégie de survie de l'Enfant, élaborée conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, dans le contexte des efforts visant à réduire la mortalité infantile et à réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement N° 4. Des plans, stratégies et interventions avaient permis de promouvoir la croissance et le développement optimum du fœtus; la nutrition; les normes en matière de croissance de l'enfant; la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida pédiatrique; et la prise en charge de la diarrhée. Vingt-trois pays avaient pris l'engagement de combattre la malnutrition et la famine, sur la base d'une approche multisectorielle.

56. En ce qui concerne la santé maternelle, il a informé les délégués que 11 pays avaient élaboré des feuilles de route pour la santé maternelle et néonatale. Cinq pays avaient adopté des politiques nationales prévoyant des prestations gratuites pour les femmes enceintes. D'autres pays avaient révisé leurs politiques et programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse; actualisé leurs lignes directrices et matériels didactiques pour la santé maternelle, la planification familiale et les infections sexuellement transmissibles, en les fondant sur des bases factuelles; et favorisé l'application des résultats de la recherche opérationnelle pour améliorer la qualité des soins.

57. S'agissant des milieux favorables à la santé et du développement durable, il a rappelé qu'une résolution de la cinquante-sixième session du Comité régional avait trait aux liens entre le commerce, la pauvreté et la santé, dans le contexte du développement durable. Un appui financier avait été apporté à six pays, par l'intermédiaire du partenariat UE-OMS, pour leur permettre d'accorder l'attention voulue aux OMD. Les pays avaient été sensibilisés à la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

58. Il a regretté le fait que pour atteindre les objectifs fixés en matière d'hygiène du milieu, le plus grand défi ait été l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Dix-huit pays avaient ainsi pu mettre au point des plans d'action spécifiques pour la gestion des déchets, cinq pays avaient renforcé la surveillance de la qualité de l'eau de boisson, et trois avaient amélioré l'assainissement par la construction de puits et

de latrines. D'autres pays avaient préparé leurs politiques environnementales nationales ou des politiques sur la médecine du travail.

59. Il a informé les délégués que des points focaux sur la préparation et la réaction aux urgences avaient été recrutés aussi bien au niveau régional que national. Un soutien technique, matériel et financier avait été apporté à 23 pays en appui à leurs activités. Un bureau central bi-régional (Afrique et Méditerranée orientale) avait été ouvert pour la Corne de l'Afrique pour s'occuper des catastrophes naturelles et des situations de crise chroniques dans cette partie du continent.

60. Il a ajouté que la coopération technique dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments avait porté essentiellement sur le renforcement des capacités de surveillance des maladies d'origine alimentaire, l'amélioration de la participation des pays au Codex Alimentarius et l'élaboration de politiques de sécurité sanitaire des aliments et de sensibilisation à ce sujet. Des pays avaient préparé des politiques, plans d'action, systèmes de surveillance et projets de sensibilisation sur la question.

61. En ce qui concerne le partage de l'information, la Bibliothèque du Bureau régional avait contribué à son amélioration grâce au Centre multimédia et à *Infodigest*. L'*Index Medicus* africain avait fourni l'accès en ligne à 81 revues africaines. La documentation dans les trois langues officielles avait été mise à la disposition des États Membres et des participants avant et pendant les réunions des organes directeurs.

62. S'agissant de la gestion des ressources humaines, il a informé les délégués que la stratégie régionale de perfectionnement et d'apprentissage avait été finalisée. Grâce à la réforme des contrats, plus de 500 postes à long terme avaient été créés. Les cadres supérieurs avaient été formés, dans le cadre du Programme mondial de gestion et de leadership.

63. Il a également informé les délégués que les services du budget et des finances avaient été relocalisés sans heurt et que les systèmes de gestion financière avaient été transférés avec succès de Harare à Brazzaville. Le flux des ressources pour la mise en œuvre du budget programme 2006-2007 avait été satisfaisant, plus de 60 % des ressources ayant été mobilisées au cours de l'année. Au total, US \$646 839 331 avaient ainsi été mis à la disposition des programmes régionaux et des bureaux de pays.

64. Les domaines prioritaires envisagés pour 2007 comprennent le cadre de gestion des équipes d'appui inter-pays; la conférence mondiale sur la recherche pour la santé, prévue en 2008; la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH/sida; la prévention et la lutte contre le paludisme; la détection des cas et le traitement de la tuberculose; la réduction de la transmission du poliovirus sauvage; les lois, politiques et plans nationaux pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles; l'accélération des interventions intégrées de santé maternelle, néonatale et infantile; les déterminants sociaux de la santé; et les systèmes de santé. Pour terminer, le Secrétariat mettra la dernière main à la préparation de plans opérationnels pour 2008-2009 et au lancement du Système global de gestion.

65. Les membres du Comité régional ont félicité le Directeur régional pour ce rapport détaillé, précis et de lecture facile. Ils ont noté avec satisfaction les efforts déployés dans la décentralisation du travail du Bureau régional, grâce à la création des équipes d'appui inter-pays et à la délégation de pouvoirs supplémentaires aux directeurs des divisions et aux Représentants de l'OMS. Ils se sont également félicités de la mobilisation de ressources additionnelles pour compléter le budget ordinaire.

66. Les délégués ont partagé leurs expériences nationales dans différents domaines couverts par le rapport. Ils se sont félicités des progrès dans la réduction de la mortalité due à la rougeole, de la diminution des cas de poliovirus sauvage, de l'augmentation du nombre de personnes recevant le traitement antirétroviral, de l'utilisation accrue des moustiquaires imprégnées et de la baisse des décès dus au paludisme.

67. Les participants ont souligné la nécessité de relever les défis auxquels le secteur de la santé continue de faire face. Il s'agit notamment de la faiblesse des systèmes de santé, de la crise des ressources humaines pour la santé, de l'insuffisance des ressources financières, du peu d'harmonisation des efforts et de la mobilisation inappropriée d'autres secteurs tels que l'eau et l'assainissement.

68. Les délégués ont exprimé la nécessité d'intensifier les efforts dans la recherche en santé; la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles; et la réduction des accidents de la circulation, de la violence et des traumatismes. Ils ont également réitéré la nécessité d'intensifier les efforts dans le domaine des soins de santé primaires, en envisageant la formation d'agents de santé de niveau intermédiaire afin de parvenir à l'accès universel aux services de santé et à la

réalisation des OMD. Ils ont également souligné qu'il est nécessaire de renforcer les partenariats sous-régionaux et la collaboration entre les pays.

69. Les délégués ont invité le Secrétariat à fournir des orientations sur la manière d'aborder la question de la tuberculose ultra-résistante et d'accéder aux financements de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

70. Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, s'est également félicitée du rapport et de l'action menée dans la Région africaine en appui aux États Membres. Elle a réitéré l'importance de l'intensification de la lutte contre le paludisme en adoptant les stratégies de l'OMS sur l'usage des moustiquaires imprégnées, des associations thérapeutiques à base d'artémisinine et de la lutte antivectorielle. Elle a appelé les délégués à mobiliser les secteurs pertinents, notamment l'environnement, l'eau et l'assainissement, pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles. Elle a également souligné l'utilité du plan de préparation à la grippe aviaire et de la solidarité régionale et internationale dans la réaction aux épidémies, y compris la protection contre la poliomyélite.

71. Le Directeur régional a remercié les délégués pour leurs analyses critiques, observations constructives et suggestions qui contribueront à améliorer le rapport. Il s'est également félicité des orientations visant à améliorer l'action de l'OMS dans la Région africaine.

72. Il a indiqué que l'affectation des ressources budgétaires de l'OMS aux bureaux régionaux s'était effectuée au niveau mondial par objectif stratégique. L'affectation des ressources budgétaires aux pays s'était faite au niveau régional, en tenant compte de l'exercice biennal précédent, de l'accroissement de 4 % du budget, et des principes directeurs contenus dans le document stratégique d'affectation des ressources, examiné lors du Conseil exécutif de 2006 et présenté à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

73. La question de la tuberculose multi-résistante et ultra-résistante est particulièrement préoccupante dans la Région. Une évaluation régionale est en cours, et il a été mis au point un cadre régional pour s'attaquer à ce problème; ce cadre sera distribué bientôt. Les États Membres ont été invités à améliorer la couverture et la qualité du traitement de brève durée sous surveillance directe, et à effectuer des tests de sensibilité sur les cas d'échecs de traitement.

74. Les États Membres ont été invités à changer d'approche dans la prise en charge des cas de paludisme en raison du coût des ACT. Sauf chez les enfants de moins de 5 ans, les ACT ne devraient être utilisées que pour des cas de paludisme confirmé par microscopie. Il a été réitéré que toutes les modalités de prévention, de lutte et de traitement du paludisme devaient être utilisées, y compris l'assainissement de l'environnement, la pulvérisation résiduelle intérieure et les moustiquaires imprégnées d'insecticide en vue de la lutte antivectorielle.

75. Le Directeur régional a annoncé qu'une déclaration sur la circoncision masculine dans la Région africaine serait publiée, telle qu'amendée par le Comité régional. Un comité d'experts sera constitué pour examiner la situation et présenter un rapport aux États Membres. Le sujet pourra faire l'objet de discussions en table ronde lors de sessions ultérieures du Comité régional.

76. Il a également annoncé qu'une conférence sur la santé et l'environnement sera organisée pour réunir toutes les parties prenantes afin de discuter des questions et renforcer davantage l'approche multisectorielle.

77. Les États Membres ont été invités à intensifier leurs efforts pour résoudre la crise des ressources humaines à laquelle font face plusieurs pays. Il est nécessaire de clarifier la définition des agents de santé de niveau intermédiaire et de mettre au point des plans pour les ressources humaines. Des contacts seront pris avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé en vue d'un financement catalytique qui permettrait de lancer certaines actions clés.

78. Le Comité régional a adopté le rapport tel que contenu dans le document AFR/RC57/2, en tenant compte des ajouts et des observations des délégués.

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC57/15)

79. Le Dr. Potougnima Tchamdja, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Il a déclaré que 12 membres avaient participé aux travaux du Sous-Comité qui s'est réuni à Brazzaville du 19 au 22 juin 2007. Il a informé le Comité régional que le Secrétariat a dûment incorporé les observations générales et les suggestions spécifiques du Sous-Comité dans les documents révisés présentés au Comité régional pour adoption. Le Dr. Tchamdja a félicité le Directeur régional et son équipe pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/3)

80. Le Dr Potougnima Tchamdja a expliqué que plus de 90 % de tous les cas de choléra notifiés à l'OMS se produisent dans la Région africaine. Les principaux facteurs de risque sont les mauvaises conditions d'assainissement et le manque d'eau potable. Néanmoins, on continue à penser à tort que la lutte contre le choléra est du seul ressort du secteur de la santé, d'où l'absence fréquente dans les programmes et activités de prévention et de lutte d'approches multisectorielles coordonnées.

81. Il a fait savoir au Comité que le document recommande aux États Membres de reconnaître que la lutte contre le choléra est une activité complexe et qu'il leur faut élaborer ou renforcer des programmes multisectoriels nationaux pour garantir l'accès universel à une eau de boisson saine et à l'assainissement. En outre, des comités nationaux chargés de coordonner les activités de préparation et de riposte doivent être mis en place. Ces comités doivent inclure des représentants des secteurs clés (santé, eau, assainissement, pêches, sécurité sanitaire des aliments, environnement, agriculture, et éducation) ainsi que des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux. Les plans nationaux de préparation et de riposte au choléra doivent prévoir l'intensification de la surveillance de la maladie, la prise en charge des cas, la promotion de la santé et la disponibilité de stocks stratégiques pour le diagnostic et le traitement.

82. Il a expliqué que les membres du Sous-Comité du Programme avaient demandé que l'on mette en évidence les liens entre le choléra, la pauvreté et le développement en général; ils ont également insisté sur les questions concernant le leadership et la coordination, la mobilisation des ressources, l'urbanisation, l'application des règlements pertinents, la qualité de l'eau, l'hygiène et les mesures de prévention de base. Le Sous-Comité du Programme a demandé des éclaircissements sur l'efficacité des vaccins, les certificats de vaccination contre le choléra demandés aux voyageurs, et l'utilisation des antibiotiques.

83. Le Dr Tchamdja a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC57/3 et le projet de résolution AFR/RC57/WP/1 y afférent.

84. Le Comité a accueilli avec satisfaction le document et la résolution en se félicitant de leur opportunité, étant donné que le problème s'aggrave dans la Région

et qu'il est lié à la pauvreté et au manque d'accès à une eau saine. Les membres du Comité ont fait observer qu'une riposte multisectorielle faisant appel aux secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement, aux conseils municipaux, aux autorités locales et aux communautés s'imposait. Ils ont mis en lumière la nécessité d'interventions transfrontières et interpays en ayant recours aux Communautés économiques régionales et au soutien des Équipes d'appui interpays de l'OMS. L'accent devrait être mis sur une meilleure surveillance, le dépistage précoce, les enquêtes, la confirmation en laboratoire et la riposte efficace.

85. Le Comité a proposé que soient incluses au paragraphe 27 ou 28 des informations supplémentaires concernant l'utilisation des antibiotiques et des vaccins pour prévenir et combattre le choléra.

86. Le Comité a également fait des suggestions en vue d'améliorer la résolution :

- a) au paragraphe 4 du préambule, ajouter «sécurité» aux secteurs gouvernementaux clés et supprimer «internationaux»;
- b) au point 1, remplacer «approuve» par «fait sien»;
- c) au point 2 a), remplacer «de mener un plaidoyer en faveur de la mobilisation de ressources accrues» par «mobiliser...»;
- d) au point 2 b), remplacer «d'intensifier le plaidoyer» par «mettre... »; insérer le mot «sécurité» après «intérieur» ; déplacer «Organisations non gouvernementales» après «secteur privé» insérer le mot «communauté» après «éducation» et effacer le mot «International».
- e) au point 2 c), remplacer «donner une autre priorité au développement» par le mot «développer» et inclure les mots «y compris la salubrité de l'environnement» après le mot «plans».
- f) au point 2 f), lire «renforcer la collaboration transfrontalière, la coordination et l'échange d'information en temps réel sur les activités de prévention et de contrôle du cholera»;

- g) au point 3, ajouter un nouvel alinéa qui se lirait comme suit : «appuyer les pays pour renforcer la surveillance, le partage d'informations et la collaboration inter pays, y compris les activités transfrontalières».

87. Le Secrétariat a remercié le Comité de ses précieuses contributions dont il sera tenu compte lors de la révision du document stratégique et de la résolution y afférente. Il a assuré les délégués que la collaboration sous-régionale, y compris les interventions transfrontières, se poursuivraient. Il a déclaré que le Secrétariat allait se charger de rassembler et de distribuer les rapports annuels pour faciliter l'échange d'informations et d'expériences entre les États Membres. Il a annoncé avoir entamé le dialogue avec certains États Membres et partenaires en vue d'établir des centres d'excellence pour lutter contre la maladie. Des détails sur les vaccins existants et l'utilisation des antibiotiques ont été données et seront incorporés dans le document final.

88. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/3 et la résolution AFR/RC57/R1 y afférente.

SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/4)

89. En présentant la stratégie relative à la sécurité sanitaire des aliments et à la santé, le Dr Potougnima Tchamdja a informé le Comité que les aliments et l'eau contaminés sont la cause de cinq épisodes de diarrhée par enfant et par an, et d'environ 700 000 décès par an, tous âges confondus. Au nombre des défis associés à la sécurité sanitaire des aliments en Afrique, il y a lieu de citer l'insalubrité de l'eau et de l'environnement, le manque de surveillance de la maladie, l'incapacité des petits et moyens producteurs à produire des aliments sains, les lois archaïques sur les aliments et le manque d'application des règlements, les capacités limitées en matière de sécurité sanitaire des aliments, et le manque de collaboration entre intervenants.

90. Il a expliqué que la stratégie visait à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité imputables aux aliments contaminés en fournissant une plate-forme pour le plaidoyer et la mise en œuvre des politiques, le renforcement des capacités et la collaboration intersectorielle. Un certain nombre de principes directeurs sont examinés, y compris la mise en œuvre d'actions globales, intégrées et tenant compte des risques, la collaboration intersectorielle et la responsabilité individuelle. Les

interventions prioritaires couvrent l'élaboration et l'application de politiques, lois et programmes concernant la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement des capacités et la promotion de la santé. En conclusion, il est déclaré dans le document que si les défis qui se posent à l'Afrique en matière de sécurité sanitaire des aliments sont nombreux, les États Membres doivent s'efforcer de minimiser les effets nocifs des aliments insalubres.

91. Il a informé le Comité que les membres du Sous-Comité du Programme souhaitaient que le document traite également de questions telles que : i) les aliments génétiquement modifiés, la suralimentation, la sous-alimentation, la malnutrition et l'utilisation d'ingrédients inappropriés dans la préparation des aliments; ii) la sensibilisation des décideurs et des consommateurs à la sécurité sanitaire des aliments et en particulier aux pertes économiques dues aux aliments contaminés; iii) les aliments importés frais et surgelés pour éviter l'arrivée sur le marché d'aliments dont la qualité et la sécurité ne sont pas garanties.

92. Il a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC57/4 et le projet de résolution AFR/RC57/WP/2 y afférent.

93. Le Comité a accueilli avec satisfaction le document et la résolution. Les membres du Comité ont déclaré que la sécurité sanitaire des aliments faisait partie intégrante de la santé et du développement durable et que la Région devait participer pleinement aux travaux du Codex Alimentarius avec l'appui de l'OMS et de la FAO. Les membres du Comité ont fait observer que l'absence de progrès dans la Région ne tenait pas à un défaut d'engagement politique mais au manque de ressources, de laboratoires, de procédures et des systèmes de contrôle de la qualité, à l'absence de réglementation et au manque de surveillance. Il serait nécessaire d'instaurer une collaboration multisectorielle sous la conduite du secteur de la santé.

94. Le Comité a formulé les suggestions précises suivantes pour améliorer le document définissant la stratégie :

- a) dans la deuxième phrase du paragraphe 3 du résumé d'orientation, ajouter «le renforcement des systèmes de santé» après «participation communautaire»; à la fin du paragraphe, ajouter « Une attention toute particulière doit être accordée à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de restauration scolaire»;

- b) au paragraphe 10, ajouter le Nigéria dans la liste des pays;
- c) ajouter «ainsi que de contrôler les importations de produits alimentaires pour éviter que les marchés ne soient inondés de produits impropres à la consommation humaine» à la dernière phrase du paragraphe 12;
- d) ajouter la phrase suivante à la fin du paragraphe 29 : «Une attention toute particulière doit être accordée à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de restauration scolaire».

95. Les membres du Comité ont également fait des suggestions pour la résolution :

- a) au paragraphe 1 a), ajouter «et la lutte contre la pauvreté» après «développement»;
- b) au paragraphe 1 d), supprimer «volontaire»;
- c) au paragraphe 1, ajouter les alinéas suivants : h) «de renforcer les capacités des laboratoires nationaux en matière de surveillance des aliments, en particulier des produits alimentaires importés, y compris les OGM»; i) «d'inclure l'éducation à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes scolaires»; et j) «de soumettre au Directeur régional des rapports annuels sur la sécurité sanitaire des aliments».

96. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité de leurs précieuses observations et indiqué que les suggestions faites seraient prises en considération pour la révision du document sur la stratégie et de la résolution qu'il contient. Il a indiqué que la révision des programmes scolaires afin qu'y soit traitée la sécurité sanitaire des aliments était en fait l'un des éléments de la résolution adoptée à ce sujet par le Comité régional en 2003. Les États Membres ont été instamment priés d'engager, au niveau le plus élevé possible, un processus de consultations avec tous les principaux acteurs tels les ministères de la santé, de l'agriculture, du commerce et industries pour faire en sorte que le secteur de la santé s'impose comme le leader en matière de sécurité sanitaire des aliments.

97. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/4 et sa résolution AFR/RC57/R2.

LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/5)

98. Le Dr Potougnima Tchamdja a expliqué que dans toute l'Afrique, 37 millions de personnes étaient fortement infestées par l'onchocercose (cécité des rivières). Le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), exécuté entre 1974 et 2002 dans 11 pays d'Afrique occidentale, a atteint son objectif, à savoir l'élimination de la maladie, dans 10 pays. Après la clôture des activités du programme, l'OMS a créé à Ouagadougou un centre de surveillance pluripathologique afin d'aider les pays à assurer des activités de surveillance de la maladie. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) a été lancé en 1995 pour combattre la maladie dans 19 pays d'Afrique.

99. Le Dr Tchamdja a indiqué que le document exposait les clés du succès et de l'efficacité de la lutte contre l'onchocercose, à savoir l'appropriation par les pays, la viabilité des opérations et leur décentralisation vers les échelons inférieurs. Les pays d'endémicité y sont invités à mettre en place des programmes viables de lutte contre l'onchocercose reposant sur une forte participation communautaire par le biais de l'approche des soins de santé primaire. Les ministres de la santé et les partenaires concernés des 16 pays visés devraient accorder une attention toute particulière aux zones et localités en situation de post-conflit, pour lesquelles les données épidémiologiques témoignent d'une hausse de la prévalence de la maladie, de l'existence de réservoirs de l'infection et d'une co-endémicité avec la loase. Les pays d'endémicité sont encouragés à agir conformément à la Déclaration de Yaoundé, à prévoir chaque année des allocations budgétaires pour les activités de lutte et à continuer de mettre en place et appuyer des mécanismes pour empêcher la transmission transfrontalière.

100. Le Comité régional a été informé que le Sous-Comité du Programme avait souligné la nécessité de mettre l'accent sur les éléments suivants : i) prévention de l'onchocercose et lutte contre cette maladie; ii) engagement plus fort, par les gouvernements, d'assurer le financement de programmes de prévention et de lutte conformément à la Déclaration de Yaoundé; iii) surveillance de la transmission transfrontalière de l'infection; iv) intégration de la lutte contre l'onchocercose dans les activités des services de soins de santé primaires; et v) suivi par les pays de la mise en œuvre de la Déclaration de Yaoundé et communication de rapports à ce sujet.

101. Il a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC57/5 et du projet de résolution AFR/RC57/WP/3 y afférent.

102. Les délégués ont remercié le Secrétariat pour la qualité du document et du projet de résolution qui prenaient en considération la Déclaration de Yaoundé. Ils ont mis en évidence le fait que la Déclaration de Yaoundé montrait le niveau de volonté politique et financière des pays d'endémie. Ils ont, en outre, souligné la nécessité pour les pays de débloquent régulièrement des budgets nationaux en vue d'accélérer la lutte contre l'onchocercose.

103. Les délégués se sont dit préoccupés par le fait que l'APOC dépendait d'une seule méthode de lutte, à savoir, la distribution d'ivermectine, et ont donc recommandé une révision de la stratégie de lutte pour y inclure l'élimination du vecteur en tant que stratégie complémentaire visant à accélérer l'élimination de la maladie. Les délégués ont, en outre, demandé d'investir davantage dans la recherche d'un macrofilaricide sûr. Ils ont demandé au Directeur régional de l'OMS de se mettre en rapport avec la Banque africaine de développement afin de mobiliser des fonds supplémentaires pour combler le déficit actuel de 46 millions de dollars des Etats-Unis.

104. Les délégués ont par ailleurs demandé le renforcement de la surveillance entomologique et épidémiologique dans tous les pays, l'instauration d'une collaboration transfrontalière pour éviter la ré-infection des zones libérées et une intensification des campagnes nationales d'information, d'éducation et de communication. Ils ont vivement demandé que l'APOC accorde davantage d'attention aux pays de l'ex-OCP pour éviter une recrudescence de la maladie dans ces pays et que ces derniers maintiennent une couverture élevée du traitement à l'ivermectine en intégrant l'onchocercose avec les maladies tropicales négligées dans les soins de santé primaire. Les délégués ont également souligné la nécessité d'intensifier la recherche opérationnelle sur la co-endémicité de la loase et de l'onchocercose. Les membres du comité ont été instamment priés de participer au «Joint Action Forum» (JAF) pour le contrôle de l'onchocercose en décembre 2008 qui se tiendra en Ouganda.

105. Pour améliorer le projet de résolution, les délégués ont recommandé ce qui suit :

- a) Suppression de l'expression «de l'Ouest» dans la seconde phrase

- b) Remplacement de «prendront fin» par «pourront prendre fin» dans la dernière phrase
- c) Permutation des paragraphes c) et d) au point 1.

106. Le Secrétariat a fourni des éclaircissements en ce qui concerne les problèmes et les commentaires. Le chiffre de US \$2,5 milliards, mentionné dans le résumé d'orientation est correct. Le Bureau régional était conscient du déséquilibre existant dans le financement de l'APOC et avait déjà commencé à aborder ce problème. La stratégie de l'élimination du vecteur a été appliquée à des foyers sélectionnés dans trois pays, parce que l'espèce de simule est différente du *Simulium damnosum* qui a la capacité de voler sur de longues distances. Étant donné que ces foyers sont très isolés, une ré-invasion était très peu probable. Un financement à long terme était une condition préalable pour se lancer dans l'élimination du vecteur et la lutte contre cette nuisance. Il a été conseillé aux États Membres d'assurer un engagement financier sur plus de dix ans avant de commencer des activités d'élimination du vecteur. Il a été en outre souligné le fait qu'aussi bien une élimination du vecteur qu'une couverture élevée du traitement à l'ivermectine était nécessaire pour parvenir à l'éradication. L'OMS et l'APOC ont poursuivi la recherche d'un macrofilaricide sûr et davantage de fonds ont été nécessaires pour poursuivre cette recherche.

107. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/5 et la résolution AFR/RC57/R3 y afférente.

ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/6)

108. Le Dr Potougnima Tchamdja a indiqué, que, même si plusieurs pays avaient des programmes de lutte contre la cécité, leur impact était limité. Sur 27 millions de personnes présentant une déficience visuelle en Afrique subsaharienne, 6,8 millions étaient aveugles. Les principales causes de cécité évitable sont la cataracte, le glaucome, les opacités cornéennes, le diabète, le trachome, la carence en vitamine A, la rougeole, la conjonctivite néonatale et l'onchocercose. Des services de soins oculaires mal équipés et peu fonctionnels, des pénuries de médicaments et d'autres produits oculaires essentiels ainsi qu'un manque de ressources humaines se sont traduits par une augmentation de l'incidence des maladies causales de la cécité.

109. Il a expliqué que la stratégie régionale est destinée à aider à créer un environnement politique favorable pour la mise en œuvre de l'initiative Vision 2020; à intégrer les services de soins oculaires dans les soins de santé primaires ; à renforcer le développement des ressources humaines, des technologies et des infrastructures appropriées; à renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources et à soutenir les études sur les interventions communautaires efficaces. Les interventions prioritaires recommandées comprennent la création et le renforcement de conditions favorables à l'intensification du plaidoyer et de la sensibilisation; au renforcement de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de plans nationaux; à l'intégration des soins oculaires à tous les niveaux des systèmes de soins existants, au renforcement des ressources humaines, des infrastructures, des partenariats et de la mobilisation des ressources ainsi qu'au développement de la recherche opérationnelle.

110. Il a indiqué au Comité régional que des membres du Sous-Comité du Programme ont suggéré que le document mette l'accent sur i) le diagnostic et le traitement précoces, ii) les mesures préventives comme le lavage du visage, l'utilisation appropriée d'antibiotiques aux stades précoces de l'infection et le renforcement des capacités des prestataires de soins oculaires, iii) le renforcement des systèmes de surveillance, de la recherche opérationnelle à tous les niveaux, le contrôle de la vente de lunettes sans faire de distinctions et la mise en œuvre de mécanismes réglementaires appropriés.

111. Il a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC57/6.

112. Les délégués ont reconnu l'importance de la cécité évitable, notamment, la cataracte, le trachome, le glaucome, l'onchocercose et la cécité infantile. Ils ont insisté sur la nécessité d'accroître la sensibilisation dans le grand public.

113. Les délégués ont signalé la nécessité pour les États Membres d'élaborer des plans nationaux, d'établir des partenariats, de faire un plaidoyer en faveur de plus de ressources et d'appuyer la mise en œuvre de manière coordonnée. Par ailleurs, ils se sont dit préoccupés par l'insuffisance des effectifs, notamment au niveau intermédiaire, et par l'inadéquation de la technologie et des équipements.

114. Les délégués ont demandé au Secrétariat de fournir un appui aux pays pour former des agents de santé, faire de la recherche opérationnelle et fournir des conseils

sur le plan des technologies et équipements appropriés. Ils ont demandé instamment aux États Membres de tirer parti de Vision 2020 pour élaborer des plans et utiliser les fonds catalytiques disponibles pour leur mise en œuvre. Ils ont recommandé que les États Membres fassent de la recherche opérationnelle sur les facteurs de risque de glaucome concernant l'appartenance ethnique. Ils ont été en outre encouragés à mettre en place une législation pour le renforcement d'aliments en vitamine A, afin de prévenir la cécité infantile et de renforcer les programmes nationaux élargis de vaccination. Enfin, l'initiative de Sight Savers International devrait faire partie de la stratégie de l'OMS pour éliminer la cécité évitable.

115. Les amendements suivants ont été suggérés pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 26, dernière phrase, remplacer « à ce niveau » par « à tous les niveaux ».
- b) à la fin du paragraphe 28, ajouter la phrase suivante : «La propreté du visage et l'hygiène de l'environnement devraient être également intégrées dans d'autres programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement».
- c) au paragraphe 33, ajouter la phrase suivante : «Des équipements et des technologies appropriés devraient être mis à la disposition pour arrêter la progression de la cécité».
- d) au paragraphe 38, seconde ligne, ajouter « interrégional » après « national » à l'intérieur des parenthèses.
- e) au paragraphe 40, ajouter le point e) « entreprendre des campagnes transfrontalières synchronisées et intégrées concernant la cataracte ».
- f) le paragraphe 41 devrait se lire comme suit : « L'OMS et les partenaires devraient :
 - c) assurer un appui aux pays pour mener des activités de plaidoyer en faveur d'un accroissement des ressources auprès des décideurs politiques, des partenaires internationaux et d'autres intervenants essentiels»
- g) Au paragraphe 41, ajouter le point e) « appuyer l'harmonisation des programmes des pays.

116. Le Secrétariat a apprécié les commentaires et les suggestions faits par les délégués et leur a donné l'assurance qu'ils seraient incorporés en conséquence.

117. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/6.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/7)

118. Le Dr Potougnima Tchamdja, Président du Sous-Comité du Programme, a défini le diabète comme une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie et nécessitant un traitement pour la vie durant. Sa prévalence en Afrique se situe entre 1 et 20 %. Le diabète de type 2, la forme la plus courante, pourrait être mortel en raison de ses complications, notamment, les maladies cardiovasculaires . Le diabète constitue un sérieux problème de santé publique.

119. Il a expliqué que l'objectif de la stratégie proposée est de contribuer à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée au diabète et à ses facteurs de risque associés. Les interventions recommandées comprennent la création de conditions qui favorisent le plaidoyer, la prévention du diabète et de ses risques associés, le dépistage ciblé, le diagnostic précoce et le renforcement des systèmes de santé. Le document a insisté sur le fait qu'il est impératif que les Etats Membres soient entièrement acquis à des approches multidisciplinaires et multisectorielles pour la prévention et le contrôle du diabète.

120. Il a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme ont mentionné la nécessité i) de mettre l'accent sur le dépistage et le suivi des facteurs de risque, ii) d'encourager les États Membres à faire des enquêtes en utilisant l'approche STEPwise pour obtenir des données normalisées plus fiables en vue d'un plaidoyer et d'une réponse efficaces, iii) d'intégrer la prévention et le contrôle du diabète dans les soins de santé primaires, iv) de maintenir des normes, v) d'élaborer une résolution pour renforcer la mise en œuvre de cette stratégie.

121. Le Dr Tchamdja a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC57/7 et son projet de résolution AFR/RC57/WP/4.

122. Les délégués ont félicité le Directeur régional d'avoir présenté un document très pertinent. Se référant à la situation dans leurs pays respectifs, ils ont noté que la prévalence du diabète et d'autres maladies non transmissibles était en augmentation, cependant que le diabète apparaît à des âges de plus en plus précoces. Des mesures doivent être prises d'urgence pour faire face à ce problème. Les délégués ont mis

l'accent sur les problèmes posés par le coût élevé des médicaments antidiabétiques et souligné la nécessité de mettre en place des mécanismes novateurs et viables de financement susceptibles d'alléger le fardeau qui pèse sur les malades. Ils ont insisté sur la nécessité d'intensifier la prévention précoce, d'induire des modifications des comportements et d'appliquer une approche intégrée de la lutte contre les maladies non transmissibles. Les informations disponibles paraissent insuffisantes, d'où la nécessité d'améliorer les systèmes de surveillance et la production de données. Les délégués ont également souligné qu'il serait important de créer des partenariats avec l'industrie pharmaceutique et des organisations non gouvernementales afin d'améliorer l'accès aux médicaments.

123. Il a été suggéré que les pays commencent à agir au niveau des établissements de restauration rapide et de l'industrie alimentaire en vue de la production et de la commercialisation d'aliments sains, et légifèrent sur l'étiquetage des denrées alimentaires. Il a également été proposé que soit prévue une journée spéciale consacrée à la promotion de modes de vie sains.

124. Le Comité régional a formulé des propositions précises pour améliorer le texte de la résolution :

- a) rappeler la résolution 61/225 du 20 décembre 2006 de l'Assemblée générale des Nations Unies;
- b) au premier paragraphe du préambule, remplacer l'expression «ayant pleinement examiné» par «notant» ;
- c) au deuxième paragraphe du préambule, supprimer «de sa coexistence avec» et ajouter «de la charge élevée» avant «des maladies transmissibles»;
- d) remplacer le paragraphe 1 par «Approuve le document intitulé 'Prévention du diabète : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;
- e) au paragraphe 2 a), remplacer le mot «chroniques» par les mots «non transmissibles» et supprimer les cinq derniers mots «au sein de leurs populations»; au paragraphe 2 d), ajouter « au moins tous les trois ans»; ajouter un alinéa e) «d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour fidéliser leurs personnels de santé qualifiés»; et un

alinéa f) «d'établir des partenariats avec l'industrie pharmaceutique, des fondations scientifiques et des organisations philanthropiques pour accélérer la mise en œuvre des stratégies nationales»;

- f) au paragraphe 3, ajouter un alinéa e) ainsi conçu «de faire campagne pour une baisse du coût des produits diagnostiques et des médicaments contre le diabète et les maladies non transmissibles».

125. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs observations et suggestions, qui seront mises à profit pour améliorer la stratégie et la résolution la concernant. Il a reconnu qu'il était important de mettre au point des mécanismes viables de financement, de renforcer les partenariats avec toutes les parties prenantes et d'adopter une approche intégrée de la lutte contre les maladies non transmissibles. Les délégués ont été informés que le Bureau régional avait organisé une consultation des partenaires concernés sur le diabète et que cette consultation avait donné lieu à une déclaration sur le renforcement des partenariats pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et des fournitures médicales. Au sujet de la promotion de modes de vie sains, les délégués ont été informés de la mise en œuvre en cours de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, adoptée en 2005 par l'Assemblée mondiale de la Santé.

126. Il a été souligné l'importance de la prévention primaire du diabète et des principaux facteurs de risque pour les maladies non transmissibles, ainsi que d'une approche intégrée des activités de surveillance et de lutte. Des informations sur les activités du Bureau régional en la matière ont été fournies aux délégués.

127. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/7 et la résolution AFR/RC57/R4 y afférente.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS : RÉALITÉS ET OPPORTUNITÉS (document AFR/RC57/8)

128. Le Dr. Potougnima Tchamdja a expliqué que le document reconnaît qu'en dépit des différents efforts déployés pour renforcer les systèmes de santé, les pays continuent de faire face à divers défis, notamment : le nombre limité de politiques et plans stratégiques de santé complets au niveau national; la faiblesse des investissements dans la santé; la précarité des conditions de travail; la migration des

agents de santé; l'iniquité flagrante dans la répartition des infrastructures et des équipements; la fragmentation des systèmes de santé; l'inadéquation des systèmes d'information sanitaire; la faible qualité des services de santé; l'accès limité à des médicaments de qualité; et la faiblesse des mécanismes de coordination de l'appui des partenaires au secteur de la santé. Le document souligne en même temps les opportunités offertes aux pays pour leur permettre de relever ces défis.

129. Il a informé le Comité régional que le document propose des actions pour appuyer les systèmes de santé intégrés et renforcer l'application efficace des orientations déjà données aux niveaux mondial et régional pour rendre les systèmes de santé plus performants. Ces actions comprennent l'actualisation des politiques nationales et l'élaboration de plans stratégiques de santé réalistes; l'offre de services de santé intégrés au niveau du district; la mobilisation de ressources financières pour protéger les pauvres; l'investissement approprié dans les ressources humaines; et l'investissement accru dans les infrastructures, le matériel et les médicaments.

130. Il a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la nécessité : i) de s'attaquer au problème de la fragmentation des systèmes de santé, associée à l'élaboration de programmes de santé parallèles; ii) de dispenser une formation de qualité et de promouvoir la coopération interpays, l'intégration des services de santé, le financement de la santé et l'établissement de centres d'excellence; iii) de prendre en compte tous les niveaux des systèmes de santé dans le renforcement des capacités institutionnelles; iv) de définir le concept de système de santé et d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des initiatives antérieures, et notamment des soins de santé primaires, du scénario de développement sanitaire en trois phases et de l'Initiative de Bamako; et v) de saisir l'occasion de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement pour renforcer les systèmes de santé.

131. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/8.

132. Les délégués ont remercié le Secrétariat pour ce document très important et ont partagé les expériences et bonnes pratiques des pays. Ils ont souligné l'importance du renforcement des systèmes de santé à tous les niveaux par l'adoption d'une approche intégrée et la mise à disposition de ressources humaines en quantité adéquate, de mécanismes de financement, de médicaments essentiels, d'équipement et autres technologies. Les États Membres ont reconnu l'importance d'élaborer des

politiques et plans de santé complets liés au cadre de développement global, ainsi que l'importance de la bonne gouvernance et d'une décentralisation efficace. Ils ont souligné la nécessité de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire pour garantir des données exactes et fiables comme bases factuelles en vue de l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Ils ont recommandé que des lignes budgétaires soient établies pour l'entretien des équipements et la formation des techniciens.

133. Les délégués ont mis en exergue la valeur des principes des soins de santé primaires que sont la participation communautaire, l'intégration, la solidarité et l'approche du système de santé de district, et les liens avec les plans nationaux d'investissement dans le secteur de la santé et avec les cadres de promotion du développement en général. Il est nécessaire de promouvoir des actions multisectorielles pour améliorer l'accès aux services de santé ainsi que leur qualité. Ils ont fermement exhorté l'OMS, à tous les niveaux, à plaider pour une coordination appropriée des partenaires et pour plus d'engagement afin de renforcer les systèmes de santé de manière efficace, tel que la GAVI a commencé à le faire. Les partenaires devraient appuyer les politiques et plans des pays en matière d'infrastructures, d'équipements, de salaires du personnel et autres composantes du système de santé. Les États Membres ont reconnu que des échanges existent entre pays et ont proposé l'organisation d'un forum régional de haut niveau pour discuter du renforcement des systèmes de santé et des OMD.

134. Les délégués au Comité régional ont également proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) à la fin du paragraphe 8, ajouter «et le renforcement des systèmes d'information sanitaire»;
- b) au paragraphe 16, remplacer «dus à l'homme» par «non naturels»;
- c) à la fin du paragraphe 19, expliquer «services de santé intégrés au niveau du district» incluant le rôle des programmes verticaux;
- d) à la fin du paragraphe 23, ajouter la phrase : «Des plans nationaux d'investissement en santé devraient être élaborés par les pays»;

- e) à la fin du paragraphe 25, ajouter “moyennant une approche multisectorielle faisant intervenir l’agriculture, l’eau et l’environnement pour harmoniser l’information destinée aux ménages.»;
- f) au paragraphe 26, remplacer «dominée par les» par «caractérisée par quelques»; ajouter un point sur le coût des transports qui fait obstacle à l’accès et sur la nécessité d’œuvrer étroitement avec le secteur des transports;
- g) à la fin du paragraphe 28, mentionner qu’il est nécessaire de former des agents de santé de niveau intermédiaire, car ce sont les ressources humaines les plus susceptibles d’être retenues par les pays;
- h) au paragraphe 30, ajouter « et à leur accessibilité économique » après «constante»;
- i) au paragraphe 31 d) : remplacer «réformes du secteur sanitaire» par «transformations des systèmes de santé»; par ailleurs, expliquer «le scénario de développement sanitaire en trois phases» ou supprimer l’exemple; ajouter à la liste «f) appuyer les pays en leur fournissant un cadre servant à suivre les réformes du secteur de la santé et les aider à organiser un examen collégial des réformes.»

135. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs précieuses observations et de la dynamique créée. La discussion a porté entre autres sur la culture de l’évaluation, l’échange des expériences acquises, la décentralisation, le renforcement des capacités, la participation communautaire, les interventions multisectorielles, l’élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans, enfin, le rôle et le comportement des partenaires. Le Secrétariat a également précisé qu’en raison de son importance, ce point a été inscrit tous les ans à l’ordre du jour.

136. Le Secrétariat a exprimé sa satisfaction pour l’intérêt porté par les délégués à la collaboration entre l’OMS et l’Union africaine et a accepté le renforcement des équipes d’appui interpays par les compétences dans le domaine des systèmes de santé. Le Secrétariat a souligné à nouveau combien il était important de renforcer les systèmes de santé dans les pays, et il les a assurés de l’appui de l’OMS. Le Secrétariat

a également rappelé qu'une conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé aura lieu en avril 2008, a approuvé les propositions formulées en vue de la création d'un observatoire régional des systèmes de santé et a accepté de fournir les outils nécessaires aux processus de surveillance et d'évaluation dans les pays.

137. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/8.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/9)

138. Le Dr Potougnima Tchandja a expliqué que le document rappelle qu'en 1998 et en 2002, les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont adopté des résolutions portant sur le renforcement de leurs capacités à utiliser de manière optimale les ressources humaines pour la santé. Certains pays ont élaboré de nouveaux profils de carrière et de nouveaux arrangements contractuels, renforcé les unités chargées des ressources humaines, et lancé diverses initiatives de recrutement et de motivation des agents de santé. Toutefois, eu égard aux ressources humaines pour la santé, il subsiste des problèmes tels que l'insuffisance du financement consacré à leur développement; le manque de politiques et plans complets; le manque de personnels de santé; le taux élevé des départs; et le manque d'informations et de données de recherche. Les principaux défis consistent à identifier les voies et moyens de mobiliser les fonds additionnels requis et de les utiliser de manière judicieuse pour résorber la crise actuelle des ressources humaines pour la santé, et à plaider auprès des ministres de la santé pour l'accroissement de la marge de manœuvre financière en vue d'absorber l'excédent de ressources humaines pour la santé.

139. Il a déclaré que le document propose, entre autres, les actions suivantes : la nécessité d'une marge de manœuvre financière pour améliorer la production, la fidélisation et la performance des ressources humaines pour la santé; l'accélération de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et plans ; l'augmentation de la production de ressources humaines pour la santé; l'amélioration des systèmes de gestion des ressources humaines; la production de données factuelles; et la promotion de partenariats pour le développement des ressources humaines pour la santé.

140. Le Dr Potougnima Tchandja a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme ont insisté sur : i) les approches et actions multisectorielles; ii) le renforcement des effectifs et l'amélioration de la qualité des agents de santé, ainsi que l'offre d'une rémunération appropriée et de conditions de travail propices; iii) la formation continue et le recyclage périodique en vue du perfectionnement des compétences techniques et des aptitudes dans les domaines de la gestion, du financement et de la maintenance des équipements, conformément aux normes internationales; iv) la promotion la coopération sud-sud et le renforcement des mécanismes permettant de réduire la fuite des cerveaux au sein des pays et entre pays.

141. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/9.

142. Le Comité a accueilli favorablement le document et a indiqué que la crise des ressources humaines pour la santé constitue une grave menace pour le développement durable et la réalisation des OMD. La crise a fait l'objet de discussions au sein de diverses instances, y compris les sessions antérieures du Comité régional et l'Assemblée mondiale de la Santé, qui ont adopté des résolutions à ce sujet. Face à la crise, la réponse de plusieurs pays consiste à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux des ressources humaines, portant notamment sur le renforcement des capacités des institutions de formation, l'utilisation des agents de santé de niveau intermédiaire, la rotation des tâches, l'offre de contrats aux praticiens retraités et du secteur privé, l'amélioration de la rémunération, et la fourniture de logements et d'autres incitations visant à motiver et à fidéliser les personnels de santé. Toutefois, la crise prend de l'ampleur, et les services de santé de plusieurs pays fonctionnent dans un contexte caractérisé par des pénuries de personnels de santé, en particulier dans les zones rurales.

143. L'insuffisance des fonds constitue un des principaux facteurs contribuant à limiter les progrès. Il est donc nécessaire de mobiliser des ressources additionnelles et de s'assurer le concours des pays développés pour gérer la crise en consentant des investissements dans la formation et la maîtrise du phénomène de migration des agents de santé. Il est également nécessaire de promouvoir la collaboration sud-sud pour faciliter la mobilité des agents de santé à l'échelle sous-régionale. Les États Membres sont encouragés à tirer parti des avancées dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, ainsi que des possibilités offertes par des initiatives mondiales telles que le Fonds mondial et GAVI.

144. Le Comité a fait les propositions spécifiques suivantes pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 12, mentionner l'affectation du personnel infirmier et d'autres catégories d'agents de santé, à leur sortie des institutions de formation, dans les zones rurales, selon une approche de service civique;
- b) au paragraphe 16, à la dernière ligne, remplacer «six» par «sept», et ajouter un nouveau domaine stratégique sur le plaidoyer et la nécessité d'engager à ce sujet les Chefs d'État et de Gouvernement au niveau de l'Union africaine;
- c) au paragraphe 20, mentionner la supervision axée sur l'appui et le développement de la carrière;
- d) au paragraphe 21, ajouter «des mécanismes de promotion du dialogue permanent avec les agents de santé pour qu'ils restent au service de leurs populations».

145. Le Directeur régional a remercié le Comité de sa précieuse contribution et a indiqué que les propositions faites seront prises en compte en révisant le document. Il a fait observer que la crise des ressources humaines pour la santé à laquelle est confrontée la Région est une question d'une extrême importance et plutôt complexe qui suscitera toujours des discussions passionnées. Il a déclaré que la Plateforme africaine des Ressources humaines pour la Santé proposera des mécanismes appropriés pour l'engagement des pays développés, y compris par le biais d'un groupe de travail technique et de réunions. Il a fait observer que la crise varie d'un pays à l'autre et qu'il est nécessaire d'appeler l'attention des Chefs d'État et de Gouvernement et de l'Union africaine sur la question. Il a précisé que l'Observatoire africain des Personnels de Santé fournira des données émanant des pays. Il a promis le maintien de l'appui de l'OMS aux efforts déployés pour résorber la crise des ressources humaines pour la santé. Le Secrétariat a annoncé qu'un forum mondial, organisé à l'initiative de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, se tiendra à Kampala (Ouganda), en mars 2008.

146. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/9.

TUBERCULOSE ET VIH/SIDA: UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

(document AFR/RC57/10)

147. Le Dr André Bernard Valentin, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué que la co-infection tuberculose VIH était le principal facteur de propagation de l'épidémie de tuberculose dans la Région africaine de l'OMS. Par ailleurs, environ 35 % des personnes souffrant de tuberculose sont infectées par le VIH et au moins 25 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde surviennent dans la Région africaine. Les taux de couverture des principales interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida demeurent faibles et les programmes de lutte contre ces deux affections sont généralement mis en œuvre séparément.

148. Il a ajouté que le but de la stratégie régionale était de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à la co-infection tuberculose VIH/sida dans la Région en assurant l'accès universel aux interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida. La stratégie préconise que les pays renforcent les mécanismes de collaboration; améliorent la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/sida; améliorent l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de dépistage du VIH et de conseil; maîtrisent l'infection et réduisent la transmission, intensifient les activités de plaidoyer; de communication et de mobilisation sociale; établissent des partenariats; mobilisent des ressources.

149. Il a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme avaient évoqué la nécessité i) d'améliorer les infrastructures au sein desquelles les cas de tuberculose sont pris en charge et de prévoir une formation à la lutte contre l'infection; ii) d'investir dans la prévention, le traitement et la recherche; iii) de mettre en lumière les progrès réalisés dans les années 70 par les pays dans la lutte contre la tuberculose, mais qui ont été réduits à néant par la pandémie de VIH/sida; iv) de mettre l'accent sur l'importance de la nutrition dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH/sida; v) d'identifier et de renforcer des centres d'excellence pour faire face à l'émergence de la tuberculose à bacilles multirésistants et de la tuberculose à bacilles ultrarésistants; et vi) d'élaborer des lignes directrices claires pour la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants.

150. Le Dr Valentin a enfin recommandé l'adoption du document AFR/RC57/10.

151. Le Comité a salué la stratégie et fait observer que la tuberculose et le VIH/sida étaient en Afrique des affections majeures qui exigent des actions globales et collectives. Certains États Membres ont estimé que la tuberculose devrait être traitée uniquement comme telle pour tirer le meilleur parti de la dynamique actuelle en faveur de la lutte antituberculeuse. Les pays sont convenus que la prise en charge intégrée de la co-infection dans les services de santé représentait un véritable défi. Cela étant, la décentralisation des activités exécutées au titre de l'Initiative des 3 millions d'ici à 2005 devrait être envisagée lors de la mise en œuvre de la stratégie. Les membres du Comité ont également souligné que l'OMS devrait recueillir et diffuser des informations sur les meilleures pratiques mises en œuvre dans les pays les plus touchés. Compte tenu de la gravité, dans la Région, des problèmes posés par la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants, les États Membres ont demandé des conseils sur les moyens de prévenir et de combattre ces infections.

152. Les délégués ont formulé les suggestions suivantes pour améliorer le document :

- a) Intituler le paragraphe 14 «Objectif général» et non pas «But»;
- b) Au paragraphe 15, ajouter un alinéa e) «Promouvoir l'accès universel aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH»;
- c) Au paragraphe 17, ajouter «et les groupes vulnérables tels que les prisonniers» après «PVVIH»;
- d) Au paragraphe 18, supprimer «de haut niveau» après «organes conjoints de coordination» et ajouter «au niveau opérationnel» après «pourraient être créés»;
- e) Au paragraphe 20, la première phrase devrait être modifiée comme suit : «La présente stratégie vise à améliorer les services de dépistage du VIH et de conseil pour les personnes souffrant de tuberculose»; à la deuxième phrase, remplacer (dans le texte anglais) «providing» par «offering»;
- f) Au paragraphe 21, dans la dernière phrase, ajouter «,là où cela serait possible, » après «encouragement»;
- g) Au paragraphe 27, remplacer la première phrase par le texte suivant : «Les pays devraient allouer des fonds pour l'exécution d'interventions prioritaires destinées à promouvoir l'accès universel aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida»;

- h) Au paragraphe 28, ajouter, à la fin de la dernière phrase, «et élaborer une stratégie pour les souches résistantes de bacilles tuberculeux».

153. Répondant aux délégués, le Directeur régional les a remerciés de leurs précieuses contributions et des amendements proposés. Des précisions ont été données sur le but de la stratégie, qui est de faire face uniquement à la co-infection par des actions communes de planification et de dépistage du VIH chez les personnes souffrant de tuberculose, de dépistage de la tuberculose chez les sujets infectés par le VIH, et de promouvoir la collaboration entre les deux programmes. En outre, le Secrétariat a indiqué que le Bureau régional avait entrepris d'élaborer des lignes directrices et des outils pour la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants et de la tuberculose à bacille ultrarésistants. Les pays ont été invités à pratiquer des tests de pharmacosensibilité pour tous les cas d'échec thérapeutique et, au besoin, à faciliter l'accès à des médicaments de deuxième intention pour le traitement des cas pharmacorésistants.

154. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/10.

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008-2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC57/11)

155. Le Dr Potougnima Tchamdja, Président du Sous-Comité du Programme, a expliqué que l'environnement sanitaire mondial présente des lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances. Le onzième programme général de travail de l'OMS a établi un programme d'action mondial pour combler ces lacunes. L'OMS a défini sa contribution au programme mondial d'action sanitaire dans son plan stratégique à moyen terme 2008-2013 qui sera mis en œuvre grâce à trois budgets programme biennaux et aux plans opérationnels qui s'y rapportent.

156. Le Dr Tchamdja a déclaré que le document présente les priorités de la Région africaine qui seront appuyées par une décentralisation accrue et une plus grande délégation de pouvoirs aux équipes d'appui interpays. Le budget programme 2008-2009 repose sur les principes de la gestion fondée sur les résultats et de l'intégration. Les organes directeurs de l'OMS ont approuvé un budget total de US \$4 227 480 000, dont 28,2 % ont été attribués à la Région africaine.

157. Il a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité ont exprimé leur préoccupation quant à la proportion élevée des contributions volontaires, car celles-ci présentent un certain degré d'incertitude et peuvent donc compromettre la mise en œuvre du programme. Ils ont souligné la nécessité de renforcer la gestion financière des bureaux de pays de l'OMS et des équipes d'appui interpays pour qu'ils soient à même de gérer efficacement leur allocation budgétaire accrue. Ils ont indiqué que le financement inadéquat de la santé génésique, et notamment de la santé maternelle et infantile, entravait la mise en œuvre de stratégies clés.

158. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/11 et du projet de résolution AFR/RC57/WP/5 y afférent.

159. Les délégués se sont félicités de l'introduction de l'approche des objectifs stratégiques dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT), approche qui assurera la complémentarité et la cohérence des programmes. Certains délégués ont noté l'importance des stratégies de coopération avec les pays qui doivent être conformes au PSMT.

160. Les délégués se sont déclarés préoccupés par le budget alloué à la Région africaine, eu égard au lourd fardeau de la morbidité, qui exigerait un montant plus important. Ils se sont également inquiétés de l'insuffisance des ressources allouées aux objectifs stratégiques 1, 4 et 10, qui concernent de plus près les besoins des pays. Ils ont aussi fait part de leur préoccupation au sujet du financement du programme de lutte contre la trypanosomiase. Ils ont noté que le montant des fonds alloués au Bureau régional et aux équipes interpays était disproportionné. Le Comité régional a relevé avec inquiétude que la majeure partie du budget 2008–2009 était composée de contributions volontaires, situation qui risquerait de compromettre l'exécution d'activités prévues. Les délégués ont également demandé des précisions sur le contenu de l'objectif stratégique 13 ainsi que sur les retenues de 3 % et 1 %, opérées respectivement par le Directeur général et le Directeur régional.

161. Au paragraphe 2 de la résolution, les délégués ont proposé que le mot «approuve» soit remplacé par «prend acte».

162. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs observations et les a assurés qu'il en tiendrait compte lors de la révision du document. Au sujet des pourcentages retenus par le Directeur général et le Directeur régional, le Secrétariat a expliqué que

ces sommes étaient destinées à faire face à des situations imprévues et à couvrir des déficits inattendus résultant de fluctuations des taux de change. Par ailleurs, lorsque ces fonds ne sont pas effectivement utilisés, ils sont alloués aux pays. S'il est vrai que les ressources affectées à la Région africaine sont insuffisantes, il faut savoir que c'est à cette Région que va le pourcentage le plus élevé du budget total de l'OMS. Le Secrétariat a expliqué qu'une proportion non négligeable du budget du Bureau régional avait été décentralisée en faveur des pays et des équipes d'appui interpays. Toutefois, une part du budget a été allouée au Bureau régional pour ses activités normatives, ce qui est conforme à l'objectif stratégique 13.

163. Le Secrétariat a engagé les États Membres à participer activement à l'élaboration de la deuxième génération des stratégies de coopération avec les pays. Les États Membres ont également été invités à accroître leur propre budget de la santé et à s'employer, en collaboration avec les partenaires concernés, à mobiliser des ressources supplémentaires. Le Secrétariat a remercié les États Membres d'avoir facilité la participation de leurs experts nationaux à la préparation du budget programme.

164. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/11 et la résolution AFR/RC57/R5 jointe à ce document.

RÉVISION DE LA COMPOSITION ET DU MANDAT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC57/12)

165. Dans son exposé, le Dr André Bernard Valentin a rappelé la création du Sous-Comité du Budget Programme en 1975, ainsi que son évolution pour devenir le Sous-Comité du Programme qui fournit des rapports succincts d'information pour faciliter la prise de décisions par le Comité régional. Le Sous-Comité du Programme a été confronté à des défis tels que le nombre croissant des points inscrits à l'ordre du jour et la représentation inadéquate des États Membres. Face à ces défis et compte tenu de l'expérience des autres régions de l'OMS, il était nécessaire de réviser le mandat et la composition du Sous-Comité du Programme afin d'améliorer son rôle dans les travaux du Comité régional.

166. Aux termes de son mandat révisé, le Sous-Comité du Programme assume les fonctions suivantes :

- a) Examiner et proposer au Directeur régional l'ordre du jour provisoire du Comité régional.
- b) Conseiller le Directeur régional sur les questions dont l'importance exige qu'elles soient examinées par le Comité régional.
- c) Conseiller le Directeur régional sur la désignation des États Membres à pressentir par le Comité régional, lorsque la Région est appelée à désigner les États Membres devant siéger au sein des différents conseils et comités.
- d) Examiner les questions liées au Programme de travail général, au Plan stratégique à moyen terme, à la politique de la santé pour tous à l'échelle mondiale et aux politiques régionales de santé, avant qu'elles ne soient analysées par le Comité régional.
- e) Examiner le budget-programme, les stratégies régionales, les rapports techniques et les résolutions proposés par le Directeur régional.
- f) Recommander au Comité régional les ressources additionnelles requises par le Bureau régional et proposer un mécanisme permettant aux États Membres de fournir un financement supplémentaire pour la mise en œuvre des résolutions prises par le Comité régional.
- g) Proposer au Comité régional tout travail et toute recherche additionnels sur les questions de santé qui, de l'avis du Sous-Comité du Programme, contribueraient à la mission de l'Organisation dans la Région.
- h) S'acquitter de toutes autres fonctions qui pourraient lui être confiées par le Comité régional.
- i) Conseiller le Directeur régional, le cas échéant, entre les sessions du Comité régional.

167. Le Dr Bernard-Valentin a ajouté que le document propose que le Sous-Comité du Programme soit composé de seize (16) représentants des États Membres. En outre, trois membres du Conseil exécutif pour la Région africaine prendraient part aux réunions du Sous-Comité du Programme. Les membres du Sous-Comité du

Programme seraient désignés par rotation suivant l'ordre alphabétique anglais. Le Directeur régional peut inviter toute personne susceptible d'apporter une contribution pertinente aux travaux du Sous-Comité. Le Directeur régional convoque au moins une fois par an une réunion du Sous-comité du Programme dont la durée ne pourra excéder cinq (5) jours ouvrables. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la nécessité de justifier le passage du nombre de membres du Sous-Comité de 12 à 16.

168. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/12.

169. Les délégués ont exprimé leur préoccupation en ce qui concerne : i) les implications financières de l'augmentation du nombre de membres du Sous-Comité de 12 à 16; ii) le double emploi possible dans les fonctions du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat; iii) la représentation géographique des différentes sous-régions du Sous-Comité du Programme.

170. Le Secrétariat a expliqué que la révision du mandat du Sous-Comité du Programme vise à : i) accroître l'efficacité dans la préparation des documents techniques pour faciliter les travaux des Ministres de la Santé lors des sessions du Comité régional; ii) assurer une meilleure représentation géographique; iii) faire contre-poids aux éventuelles absences aux réunions. Selon l'explication fournie, le coût de la participation de membres additionnels au Sous-Comité serait de US \$12 000 à US \$15 000, qui pourraient être couverts par le budget du Bureau régional.

171. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC57/12.

DÉTERMINANTS SOCIAUX CLÉS DE LA SANTÉ : APPEL EN FAVEUR D'UNE ACTION INTERSECTORIELLE POUR AMÉLIORER LA SITUATION SANITAIRE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

(document AFR/RC57/13)

172. Le Dr André Bernard Valentin a indiqué que le document considéré traitait des problèmes suivants : pauvreté ; inégalité ; indifférence à l'égard de l'éducation des filles ; manque d'accès aux services de santé de larges couches de la population qui ne peuvent donc les utiliser; problèmes liés à l'environnement ; mondialisation du commerce, des voyages, des migrations, de la technologie et des communications ; absence de mécanismes de coordination ; absence de propositions concrètes pour

s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Un certain nombre d'actions sont ensuite proposées aux États Membres, à l'OMS et aux partenaires.

173. Il a expliqué que l'on demande à tous les pays de créer un groupe spécial, chargé d'examiner les questions qui se posent et les recommandations que formulera la Commission OMS des déterminants sociaux de la santé, et de veiller à ce que leurs politiques et plans de santé soient axés sur les principaux déterminants de la santé. Par ailleurs, l'OMS, les partenaires et d'autres sont priés d'établir un observatoire régional et de fournir aux pays l'appui technique et les orientations dont ils ont besoin.

174. Il a informé le Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la nécessité i) d'inclure dans la discussion l'urbanisation et les facteurs culturels; ii) de se pencher sur la question de savoir si le groupe spécial doit relever du bureau du Premier Ministre ou du Président; iii) de mentionner les principaux enseignements tirés de l'initiative Milieux-Santé; iv) de signaler que la coopération intersectorielle sur le terrain laisse à désirer; v) de souligner la relation entre santé, richesse et pauvreté; vi) de préciser les actions concrètes que doit mener le groupe spécial proposé.

175. Il a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/13.

176. Les délégués ont félicité le Secrétariat pour avoir produit ce document sur un sujet que l'on n'a que trop tardé à traiter. Ils ont appuyé les actions proposées, ont échangé des expériences et des meilleures pratiques et fait également quelques observations. Ils ont noté qu'il aurait été utile de recueillir les commentaires des membres régionaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Les délégués ont suggéré que le projet de cadre sur les déterminants sociaux de la santé pour la Région africaine soit communiqué aux États Membres avant d'être finalisé. Ils ont noté que certaines des actions proposées en vue de réduire la pauvreté et de renforcer la collaboration intersectorielle sont de vrais enjeux pour les pays membres. La mobilisation de ressources externes supplémentaires pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé signifierait la réaffectation de ressources venant d'autres secteurs.

177. Les membres du Comité régional ont formulé des suggestions précises pour améliorer le document, à savoir :

- a) rendre compte des travaux de la cinquième réunion de la Commission qui s'est tenue à Nairobi en juin 2006;
- b) au paragraphe 17, ajouter d'autres possibilités pour le groupe spécial que le bureau du Premier Ministre ou du Président;
- c) au paragraphe 20, inclure «la création de richesses».

178. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions, pour avoir partagé leurs expériences nationales, et pour le vif intérêt qu'ils ont porté au sujet. Le Secrétariat a fait valoir que la prévention de la maladie permettait d'épargner de précieuses ressources.

179. Les membres du Comité régional ont adopté le document AFR/RC57/13.

USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/14)

180. Le Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz, rapporteur du Sous-Comité du Programme, a défini l'usage nocif de l'alcool comme un mode de consommation qui provoque ou favorise un préjudice physique ou psychologique, des troubles du jugement ou du comportement, pouvant entraîner une incapacité ou avoir des conséquences néfastes sur les relations interpersonnelles. L'abus de l'alcool continue à augmenter dans la Région africaine, entraînant de graves conséquences sanitaires et sociales. L'adoption de comportements sexuels à haut risque, l'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles font partie des conséquences néfastes de la consommation d'alcool.

181. Elle a informé le Comité régional que, dans le document, les pays sont encouragés à reconnaître que l'usage nocif de l'alcool constitue un important problème de santé publique qui est lié aux traumatismes, au VIH, à la violence, aux situations de conflit et de sortie de conflit, aux inégalités sociales et à la pauvreté. Il faut poursuivre la recherche, évaluer correctement la situation et mettre au point des outils pour recueillir des informations sur la consommation d'alcool, et les préjudices liés à l'alcool, afin de rendre compte de la situation réelle qui prévaut dans les pays. La mise en place d'un système régional de surveillance, recommandée dans le document, est une action prioritaire pour que les décisions politiques reposent sur

des bases factuelles. Les réseaux de surveillance en place devraient également bénéficier d'un appui.

182. Il a fait savoir au Comité régional que les membres du Sous-Comité du Programme avaient formulé les suggestions suivantes : i) les pays devraient mener des enquêtes à l'aide de méthodologies standardisées; ii) création d'un observatoire régional sur la toxicomanie; iii) inclusion des causes sous-jacentes de l'alcoolisme afin de s'y attaquer plus efficacement; iv) examen de la question des boissons alcooliques contrefaites ou frelatées; v) examen plus poussé du conflit d'intérêt entre les effets nocifs de l'usage de l'alcool sur la santé et les recettes générées par les taxes sur l'alcool; vi) prévoir dans la Région une conférence régionale multisectorielle pour sensibiliser l'opinion et susciter des interventions.

183. Elle a recommandé l'adoption du document AFR/RC57/14.

184. Le Comité a accueilli le document avec satisfaction. Les membres se sont rangés à l'idée qu'il était nécessaire de recueillir davantage de données au niveau national sur les conséquences néfastes de l'usage de l'alcool. Les effets de la consommation d'alcool sur les comportements à risque ont été soulignés. Selon certains États Membres, l'ampleur du problème est telle qu'un débat semblable à celui auquel a donné lieu le tabac est nécessaire. La nécessité d'une riposte globale aux problèmes de l'usage de l'alcool a été soulignée, tout comme celle de l'élaboration de politiques nationales avec la participation de tous les acteurs, s'il y a lieu, et conformément aux orientations existantes et sur la base de l'interaction avec l'industrie de l'alcool sur son rôle dans la mise en œuvre des politiques et plans. L'usage et la vente d'alcool doivent être réglementés, y compris la vente d'alcool aux mineurs et la production artisanale de boissons alcoolisées.

185. Le Comité régional a émis des commentaires et suggestions précis :

- a) à la fin du paragraphe 21, ajouter «et élaborer des politiques et plans nationaux concernant l'usage nocif de l'alcool»;
- b) ajouter, après le paragraphe 24, un nouveau paragraphe qui se lirait comme suit : «L'OMS doit aider les États Membres à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des politiques et plans nationaux sur l'usage nocif de l'alcool»

186. Le Secrétariat a remercié le Comité régional pour l'intérêt qu'il porte à ce sujet ainsi que pour ses commentaires et échanges d'expériences. Il a apporté des éclaircissements sur la nécessité de recueillir davantage de données sur l'usage nocif de l'alcool dans la Région pour préparer une stratégie régionale ainsi qu'une résolution, et a proposé que la Région adopte une position commune sur le sujet au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé, si nécessaire, en consultation avec les Représentants des États Membres.

187. Les membres du Comité régional ont adopté le document AFR/RC57/14.

DOCUMENTS D'INFORMATION

188. Le Comité régional a pris note des documents d'information suivants : Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/1); Élimination de la lèpre : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/2); Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC57/INF.DOC/3); Rapport d'audit : Recommandations et état de mise en œuvre (document AFR/RC57/INF.DOC/4); Termes de référence des réunions des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/INF.DOC/5); Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de travail intergouvernemental pour faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24 (document AFR/RC57/INF.DOC/6). Les membres du Comité régional ont partagé leurs expériences dans les efforts d'éradication de la poliomyélite, ainsi que sur l'innovation et la propriété intellectuelle. Le Secrétariat a fourni les éclaircissements demandés par les délégués.

TABLE RONDE (document AFR/RC56/RT/1)

189. La Table ronde a porté sur le thème suivant : Prévention et lutte anticancéreuse dans la Région africaine de l'OMS. Le Président de la Table ronde, le Dr Anastacio Ruben Sicato, Ministre de la Santé de l'Angola, a présenté le rapport (*voir Annexe 5*).

DISCUSSION DE GROUPE (document AFR/RC57/PD/1)

190. La Discussion de groupe a porté sur le thème suivant : Le rôle des communautés dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de

l'enfant dans la Région africaine de l'OMS. Le Président de la Discussion de Groupe, le Professeur Sheila Dnotshe Tlou, Ministre de la Santé du Botswana, a présenté le rapport (*voir Annexe 6*).

**CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU
CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**
(document AFR/RC57/17)

191. Le Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa du Secrétariat a présenté le document. Il a invité le Comité à l'examiner et à donner des orientations sur :

- a) les modalités de mise en œuvre des différentes résolutions présentant un intérêt pour la Région africaine, qui ont été adoptées par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à sa cent-vingtième session;
- b) l'ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional et les questions à recommander à la cent-vingt-deuxième session du Comité exécutif, ainsi qu'à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé;
- c) les projets de décisions visant à faciliter les délibérations de la Soixante-unième Assemblée mondiale de la Santé, en application des décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant les méthodes de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

192. La première partie du document présente les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à sa cent-vingtième session. Ces résolutions sont les suivantes :

- a) Eradication de la variole: destruction des stocks de virus variolique (WHA60.1).
- b) Lutte contre la leishmaniose (WHA60.13).
- c) Poliomyélite: dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (WHA60.14).

- d) Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé (WHA60.15).
- e) Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (WHA60.16).
- f) Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections (WHA60.17).
- g) Paludisme, y compris proposition d'instaurer une Journée mondiale du paludisme (WHA60.18).
- h) Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme (WHA60.19).
- i) Amélioration des médicaments destinés aux enfants (WHA60.20).
- j) Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (WHA60.21).
- k) Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence (WHA60.22).
- l) Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale (WHA60.23).
- m) Promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (WHA60.24).
- n) Projet de stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (WHA60.25).
- o) Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (WHA60.26).
- p) Renforcement des systèmes d'information sanitaire (WHA60.27).
- q) Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages (WHA60.28).
- r) Technologies sanitaires (WHA60.29).
- s) Santé publique, innovation et propriété intellectuelle (WHA60.30).

193. Le rapport ne contenait que les paragraphes pertinents du dispositif, tels qu'ils apparaissaient dans les résolutions. Chaque résolution était accompagnée d'une analyse des mesures déjà prises ou prévues. La Comité a été invité à examiner et à commenter les stratégies proposées pour la mise en œuvre des résolutions présentant un intérêt pour la Région africaine et à fournir des conseils pour cette mise en œuvre.

194. La seconde partie du document comprenait le projet d'ordre du jour provisoire de la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif et l'ordre du jour provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional.

195. Le Comité a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquante-huitième session et à décider des questions qu'il faudrait recommander à la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif et à Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

196. Le Comité régional a recommandé d'inclure les points suivants dans l'ordre du jour de sa cinquante-huitième session : rapport sur l'état d'avancement de la réalisation des OMD, effets nocifs de l'environnement sur la santé des populations, modalités de partage des risques financiers et des coûts de la santé par l'assurance maladie.

197. Le Secrétariat a rappelé aux délégués que le Comité avait déjà adopté en 2002 la stratégie régionale intitulée « Santé et Environnement », la résolution sur la réalisation des OMD en 2005 et la résolution intitulée « Financement de la santé » en 2006. C'est pourquoi, il a été proposé que le Secrétariat fasse rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des résolutions se rapportant aux stratégies mentionnées ci-dessus ainsi que sur les perspectives.

198. Le Comité régional a pris acte des décisions de procédure concernant la méthode de travail et la durée de la soixante et Unième assemblée mondiale de la Santé, des pays désignés pour assumer des fonctions à la soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé et pour faire partie du Conseil exécutif, ainsi que du changement du membre de la région africaine auprès du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche concernant les maladies tropicales.

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-HUITIÈME ET CINQUANTE- NEUVIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC57/18)

199. M. Sander Edward Haarman, Directeur de l'Administration et des Finances, a présenté ce document.

200. À l'issue des discussions, le Comité régional est convenu que sa cinquante-huitième session se tiendrait au Cameroun et que cette session aurait lieu du 1^{er} au 5 septembre 2008. Le Comité régional est également convenu que sa cinquante-neuvième session de 2009 se tiendrait au Rwanda et qu'elle aurait lieu du 31 août au 4 septembre 2009. Les États Membres ont proposé la révision des procédures envisagées par le Bureau régional pour résoudre les problèmes liés à la sélection du lieu des sessions du Comité régional.

LIEU DE LA CONFÉRENCE SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE

201. Le Secrétariat a présenté l'objet de la Conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique. Le Comité régional a décidé que la Conférence sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique se tiendrait à Ouagadougou (Burkina Faso), du 28 au 30 avril 2008.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC57/19)

202. Le rapport de la cinquante-septième session du Comité régional (document AFR/RC57/19) a été adopté avec de légers amendements.

CLÔTURE DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

203. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, a exprimé sa gratitude aux Ministres de la Santé et aux Chefs de délégation, ainsi qu'aux délégués et observateurs, pour l'honneur fait au Comité régional en participant à sa cinquante-septième session et pour leurs idées, orientations et autres contributions positives et innovantes aux travaux. Il a également adressé ses remerciements au Président du Comité régional pour la remarquable manière dont elle a géré les travaux.

204. Il a réitéré l'engagement et la détermination du Secrétariat à s'attaquer, aux côtés des États Membres et des partenaires, aux nouveaux défis auxquels est confronté le secteur de la santé. Il a reconnu que ces défis étaient énormes, mais que les potentialités et les possibilités offertes étaient tout aussi énormes et devaient être maximisées. Le Dr Sambo a rappelé les principaux points inscrits à l'ordre du jour et le consensus dégagé à ce sujet au cours des discussions, ainsi que les résolutions et décisions adoptées, qui constituaient autant de motifs d'encouragement pour le Secrétariat. Faisant observer que la date coïncidait avec la célébration de la Journée de la Médecine traditionnelle africaine, il a souligné la pertinence de l'utilisation des médicaments issus de la médecine traditionnelle et l'importance de la recherche-développement dans ce domaine. Il a rappelé que le Bureau régional appuyait la mise en œuvre de la stratégie pour la médecine traditionnelle adoptée en 2000.

205. Le Directeur régional a aussi tenu à adresser ses remerciements aux partenaires pour leur participation à la session, et aux Représentants de l'OMS dans les pays pour leur inspiration qui aide le Bureau régional à mieux répondre aux besoins des pays. Il a souligné le rôle clé des Représentants de l'OMS dans la mise en œuvre des décisions du Bureau régional et du Comité régional aussi bien au niveau des pays qu'au niveau interpays. Il a également remercié les interprètes, les membres du Secrétariat et tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement au succès de la cinquante-septième session du Comité régional de l'Afrique. Enfin, il a souhaité aux délégués un bon voyage retour dans leurs pays respectifs.

Motion de remerciements

206. La motion de remerciements adressée au Président, au Gouvernement et au peuple de la République du Congo, pour avoir accueilli la cinquante-septième session du Comité régional, a été présentée au nom des délégués par le Dr P.D. Parirenyatwa, Ministre de la Santé du Zimbabwe, et a été adoptée par le Comité régional.

Remarques du Président et clôture de la réunion

207. Le Président du Comité régional, Mme Emilienne Raoul, a déclaré que la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été un succès, au regard de la haute qualité des contributions des délégués. Elle a adressé ses remerciements au Directeur régional pour l'organisation des prochaines conférences internationales sur les soins de santé primaires, les systèmes de santé et la santé et l'environnement. Elle a exprimé sa gratitude au Président de la République du Congo, S.E. Denis Sassou Nguesso, pour son excellent appui aux préparatifs de la cinquante-septième session du Comité régional de l'Afrique.

208. Elle a remercié les délégués, le Secrétariat, le Protocole, les interprètes, la Sécurité et les autres acteurs pour leur contribution au succès de la session du Comité régional. Elle a félicité le Directeur régional pour la pertinence et la bonne qualité des documents soumis au Comité régional.

209. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-septième session du Comité régional.

PARTIE III

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

**1. REPRÉSENTANTS DES
ÉTATS MEMBRES**

ALGÉRIE

M. Amar Tou
Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme hospitalière
Chef de Mission

Prof. Khireddine Khelfat
Conseiller du Ministre de la Santé

M. Abdessadok Ahmed
Ambassadeur

ANGOLA

Dr Anastácio Artur Ruben Sicato
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
International
Ministério da Saúde

Dr Filomeno Fortes
Director of Malaria Programme

Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz
Médica Gyneco Obstetra

Dr Maria Inês Leopoldo Castela das
Veves
DNSP/MOH

Dr Ester Isabel Morrris de Sousa
Executive Secretary of the Minister

Dr Fernando Miguel
Director General do Centro Nacional
de Oncologia

BÉNIN

M. Kessilé Tchala Sare
Ministre de la Santé
Chef de délégation

M. Valère Goyito
Secrétaire général adjoint du
Ministre de la Santé

Dr Paulin Alban Quenum
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé

Dr Yacoubou Imorou Karimou
Direction nationale de la Protection
sanitaire (DNPS)
Ministère de la Santé

Mme Rosette Lanma Fankpotin
Chef Cellule de la Communication
Ministère de la Santé

BOTSWANA

Prof. Sheila Dinotshe Tlou
Minister of Health
Head of Delegation
Ms Ontlametse Mokopakgosi
Director Policy Planning
Monitoring and Evaluation

Mr S. S. Mokgweetsinyana
Chief Health Officer Public Health

Ms Kabo Mompati
Chief Health Officer Public Health

Mrs Batatu Emelda. Tafa
Permanent Secretary

BURKINA FASO

M. Bédouma Alain Yoda
Ministre d'État, Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Joseph André Tiendrebeogo
Secrétaire permanent du Conseil
national de Lutte contre le SIDA
et les IST

Dr Brahim K. Michel Sombié
Conseiller Technique en Santé

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé

Dr Fatimata Zampaligre/Kabore
Directrice de la Santé de la Famille

Dr P. Abdoulaye Nitiema
Secrétaire technique du PNDS

BURUNDI

Dr Rose Gahiru
Ministre d'Etat et de la Santé
Chef de Délégation

Dr Pierre-Claver Kazihise
Inspecteur général de la Santé

Dr Jean-Paul Nyarushatsi
Directeur des Programmes de Santé

CAMEROUN

M. Urbain Olanguena Awono
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

M. A. W. Eyondi Kingue
Adjoint au chef de délégation
Chargé d'Affaires du Cameroun

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

M. Sibetcheu Daniel
Directeur de la Promotion de la Santé

Dr Martina Baye Lukong
Directeur de la Santé familiale

Prof. Doh Anderson
Secrétaire permanent du Comité
national de Lutte contre le Cancer

M. Maina Djoulde Emmanuel
Chef de Division de la Coopération

M. Prosper Bomba Ngong
Conseiller technique, Ministère des
Relations extérieures, Cameroun

Mme Suzanne Bernadette Ebelle
Chargé de Mission, Services du
Premier Ministre, Cameroun

Dr Marcelline NTEP
Secrétaire exécutif du Groupe
technique national de lutte contre
l'Onchocercose

Prof. Jean Claude Mbanya
Faculté de Médecine et des Sciences
biomédicales
Université de Yaoundé 1

CAP-VERT

Dr Basilio Mosso Ramos
Ministre d'Etat et de la Santé
Chef de Délégation

Dra Maria de Jesus Carvalho
Directrice du Programme national de
la Santé reproductive

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

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

Dr Jean-Pierre Bangamingo
Chargé de Mission, Responsable du
Plan national de Développement
Sanitaire

Dr Philémon Mbessan
Directeur des Etudes et de la
Planification

TCHAD

Prof. Avocksouma Djona Atchenemou
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Ali Hissein Ahmat
Secrétaire général adjoint du Ministère
de la Santé publique

Dr Ndeikoundam Ngangro Mosurel
Directeur général des Activités
sanitaires, Membre

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé

M. Florent Niama
Directeur général de l'Action sociale

Dr Yolande Voumbo
Conseillère à la Santé au Ministère de
la Santé

M. Martin Djouob
Conseiller technique à la Santé
publique

COMORES

Dr Ikililou Dhoinine
Vice-Président en Charge de la Santé
Chef de délégation

Dr Moussa Mohamed
Directeur, national de la Santé

Mrs Sett-Fatima Tadjiddine
Directrice Santé de la Reproduction

Dr Charlotte N'Gokaba
Directrice de la Lutte contre la Maladie

Dr Dieudonné Bakala
Directeur des Services sanitaires et de
la Décentralisation

M. Ferdinand Milandou
Chef de Division des organisations à
caractère juridique, social et
humanitaire
Ministère de la Coopération

RÉPUBLIQUE DU CONGO

Mme Emilienne Raoul
Ministre de la Santé, des Affaires
sociales et de la Famille
Chef de Délégation

Dr Ludovic Gnekoumou
Directeur de la Santé de la Famille

M. Gabriel Eleka
Directeur de l'Hygiène

Dr René Maléla
Directeur départemental de la Santé du
Pool

Dr Constant Norbert Zaba
Directeur départemental de la
Santé du Kouilou

Mr Joseph Makosso
Directeur de la Coopération avec
Les Organisations du Systèmes des
Nations Unies
Ministère de la Coopération

Prof. Koua-Mbon
Chef de Service de Cancérologie
Au Centre hospitalier et universitaire
de Brazzaville

M. Florent MBoungou
Secrétaire exécutif de l'ACBEF

CÔTE D'IVOIRE

Son Excellence M. Ahipeaud
Guillaume
Ambassadeur de la RCI au Congo,
Chef de délégation

Dr Fémix Bledi Trouin
Directeur de Cabinet adjoint du
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique
Chef de Délégation-Adjoint

Prof. Thérèse Aya N'Dri-Yoman
Directeur général de la Santé

Prof. Innocent Adoubi
Cancérologue

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Dr Victor Makwenge
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Kinshasa

Dr Jean-Honoré Miakala mia Ndolo
Directeur de Cabinet adjoint au MSP
Kinshasa

Dr Benoit Kebela Ilunga
Secrétaire général, MSP
Kinshasa

Dr André Ndongosieme
Directeur du Programme de lutte
contre la tuberculose
Kinshasa

Dr Hypollite Kalambay
Directeur des Études et Planification

Dr Bonanche Alela
Médecin-Directeur
Programme élargi de Vaccination
Kinshasa

Dr Jean Lambert Mandjo A.
Coordonnateur National a.i.
Programme national multisectoriel de
Lutte contre le SIDA

M. Itabu Issa Sadiki
Conseiller en Communication,
Ministère de la Santé RDC
Kinshasa

Dr Krubwa Lolo Isabelle
Chef de Division du Partenariat
extérieur du Ministère de la Santé
Kinshasa

Mme MwandoBuyamba Rita
Secrétaire particulière du
Ministre/Assistante

Mme Marie Claire Fwelo Mwanza
Health Information and Promotion
Officer (HIP/OMS)

GUINÉE ÉQUATORIALE

Mr Antonio-Martin Ndong
Nchuchuma E.
Ministro de Sanidad y Bienestar Social
Chefe da Delegação

Dr Patricio Bakale Mba Medja
Director General de Prevencion
Sanitaria y Bienestar Social

ÉRYTHRÉE

Hon. Mr Saleh Meky
Hon. Minister of Health, State of
Eritrea
Head of Delegation

Dr Tsige Andeberhan
Specialist Paediatrician, Paediatric
Hospital, Asmara Eritrea

Dr H. Berhane Zekarias
MO, Emergency Dept. Orotta
National Referral Hospital
Asmara, Eritrea

ÉTHIOPIE

H. E. Dr Tedros A. Ghebreyesus
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Zerihun Tadesse Gebreselassie
Head, Diseases Prevention and Control
Department, MOH

Dr Nejmudin Kedir Bilal
Head Planning and Programming
Department MOH

GABON

Dr Constant Roger Ayenengoye
Directeur général de la Santé,
Chef de Délégation

Dr Ernest Belembaogo
Directeur du Programme national de
Lutte contre les Cancers

Dr Yolande Vierin ('Née) Nzame
Directeur de la Santé maternelle et
infantile

GAMBIE

Dr Alh Tamsir Mbowe
Secretary of State for Health and Social
Welfare
Head of Delegation

Dr Mariatou Jallow
Director of Health Services

Mr Saiku Janneh
Deputy Permanent Secretary
(Technical)

GHANA

Hon. Courage Quashigah
Minister of Health
Head of Delegation
Accra

Dr Elias Sory
Director General Ghana Health Service
Accra

Dr Nyonator Frank kwadjo
Director, Policy, Planning Monitoring
and Evaluation Division Ghana Health
Service
Accra

GUINÉE

Dr Momo Camara
Secrétaire général du Ministère de la
Santé publique
Chef de Délégation

Dr M'balou Diakhaby (Mrs)
Conseiller Coopération (MSP)

Dr Sere Kaba (Mrs)
Coordinatrice PMSR (MSP)

Prof. Namory Keita (Mr)
Coordinateur du Centre régional de
Formation à la Prévention des Cancers
gynécologiques

GUINÉE-BISSAU

Mrs Eugénia Saldanha Araújo
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Júlio César Sá Nogueira
Conseiller technique pour les Affaires
Institutionnelles et la Politique de la
Santé

Dr Placido Cardoso
Directeur général de la Santé

KENYA

Dr Wilfred Machage
Ministry of Health
Head of Delegation

Dr James W. Nyikal
Director of Medical Services

Dr A. E. Ogwell
Head, International Health Relations

Dr Mukabi Khaunya James
Assistant Director of Medical Services

Mr Ngatiri George Gichevu
Provincial Medical Officer - Central

LESOTHO

Dr Mphu Ramatlapeng
Hon. Minister of Health and Social
Welfare
Head of Delegation

Dr Mpolai Moteetee
Director General of Health Services

Mrs Majoel Makhakhe
Director, Health Planning & Statistics

LIBÉRIA

Dr Walter T. Gwenigale
Minister of Health & Social Welfare
Head of Delegation

Mr S. Tornolah Varpilah
Deputy Minister of Health Planning

Mrs Jessie E. Duncans
Assistant Minister of Health
Preventive Services
Health Officer

Bernice Dahn
Dep. Minister/Chief Medical Officer

MADAGASCAR

Dr Paul Richard Ralainirina
Secrétaire général du Ministère de la
Santé, du Planning familial et de la
Protection sociale
Chef de Délégation

MALAWI

Hon. Marjorie E. Ngaunje, MP
Minister of Health
Head of Delegation

Mr C. V. Kang'ombe
Secretary of Health

Prof. Felix Salaniponi
Director of the National TB
Programme

Dr S. B. Kabuluzi
Deputy Director of Preventive Health
Service (Malaria)

Dr M. Joshua
Acting Director of Clinical
Services

Mrs F. Kachale
Chief Reproductive Health Officer

Mr Ian Nathan Mwenye
Special Assistant to the Minister

MALI

Dr Mamadou Sidibe
Conseiller technique
Ministère de la Santé
Chef de délégation

Mr Ibrahima Sangho
Chargé de Communication
Ministère de la Santé

Dr Mamadou Namory Traoré
Directeur national adjoint de la Santé
Ministère de la Santé

MAURITANIE

Mr Mohamed Lemine Ould Raghani
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Abderrahmane Ould Jiddou
Directeur des Services de Santé de Base

MAURICE

Dr Romesh Munbodh
Principal Medical Officer

Mrs M. T. L. Jacqueline Brunel
Senior Chief Executive,
Ministry of Health and QOL

Dr C. N. Bissoonaumbing
WHO liaison officer
Interdenle Street

MOZAMBIQUE

Prof. Paulo Ivo Garrido
Minister of health
Head of Delegation

Dra Lilia Jamisse Paula
Deputy Director of Health

Dr Josefo João Ferro
Director of Beira Central Hospital

Dra Célia Gonçalves
Deputy Director of Planning and
Cooperation

NAMIBIE

Dr Richard Nchabi Kamwi
Minister of Health
Head of Delegation

Ms Ella K. Shinepo
Director of Special Programmes
Deputy Head of Delegation

Mrs Kaino Pohamba

Mrs Selma H. D. Auala
Deputy Director

Mrs Justine Amadhila

NIGER

M. Elhadji Maman Issiaka
Secrétaire général adjoint du Ministère
de la Santé publique, Chef de
Délégation

Dr Ado Aïssa
Directrice de la Santé de la
Reproduction

Mr Habibou Moussa
Chef de la Division des Maladies non
transmissibles

NIGÉRIA

Prof. Adenike Grange
Hon. Minister of Health
Head of Delegation

Dr Emmanuel Alhassan
Special Assistant to Hon. Minister

Dr Alero Roberts Ann
Personal Assistant to Hon. Minister

Dr Tolu Fakeye
Head, Division of Research & Statistic
Consultant Special Grade I
Federal Ministry of Health

Dr O. Solanke Ojuolape
Multilateral Division

Mr Moji Makanjuola
Health Reporter

Mr Baba Mohamed
Cameraman

RWANDA

Dr Jean Damascene Ntawukulirayo
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Bonaventure Nzeyimana
Prof. Chargé des Soins de santé au
Ministère de la Santé et Point focal des
Maladies non transmissibles

SEYCHELLES

Dr A. Bernard Valentin
Special Advisor to the Minister

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr Arlindo V. d'Assunção Carvalho
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

SIERRA LÉONE

Mrs Abotor Thomas
Minister of Health
Head of Delegation

Dr J. M. Jesus Alves de Carvalho
Coordonnateur de la Direction des
Soins de Santé

Dr Arthur Williams
Chief Medical Officer

SÉNÉGAL

Dr Issa Mbaye Samb
Ministre de la Santé et de la Prévention
médicale
Chef de Délégation

AFRIQUE DU SUD

Dr M. E. Tshabalala-Msimang
Minister of Health
Head of Delegation
Ms Zodwa Zitha
Minister's PA

M. Boubacar Samba Dankoko
Médecin, Conseiller technique

Mr S. C. Sekoati
Member of the Executive Council
MEC for Health
Limpopo Province

M. Oumar Faye
Médecin, Directeur de la Santé

Mr B. Hlongwa
MEC for Health Gauteng Province

M. Yankhoba Sow
Administrateur de Services de santé,
Directeur des Ressources Humaines du
Ministère de la Santé et de la Prévention
médicale

Ms M. K. Matsau
Deputy Director-General

Ms N. Dladla
Health Attaché Washington DC

Dr Y. Pillay
Cluster Manager, Strategic Planning

Mrs C. Kotzenberg
Cluster Manager Non Communicable
Diseases

Dr L. Makubalo
Cluster Manager Health Information
Epidemiology, Evaluation and
Research

Dr N. Xundu
Cluster Manager VIH and AIDS and
STLs

Ms G. Lembethe
Cluster Manager HR

Ms M. Hela
Acting Cluster Manager
Medicines Regulatory

Mr Fidel Hadebe
Director Communications

Dr P. Dlamini
Co-ordinator NEPAD

Mr K. Moobi
Deputy Director
Africa Co-operation

SWAZILAND

Hon. Njabulo W. Mabuza
Minister of Health
Head of Delegation

Dr S. V. Magagula
Deputy Director of health Services
Mbabane

Mrs Mavis Nxumalo
Deputy Chief Nursing Officer
Mbabane

TOGO

Prof. Kondi Charles AGBA
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé

UGANDA

Hon. Dr Stephen Mallinga
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Sam Zaramba
Director General of Health Services

Dr Nathan Kenya-Mugisha
Director of health Services (Clinical of
Community Health)

Dr Henry Mwebesa
Assistant Commissioner, Quality
Assurance

Dr Anthony Mbonye
Assistant Commissioner, Reproductive
Health

Dr Nassanga Jane Ruth
District Health Officer

RÉPUBLIQUE DE TANZANIE

Dr Deo M. Mtasiwa
Chief Medical Officer
Head of Delegation

Dr Donan W. Mmbando
Director, Preventive Services

Dr Zachery A. Berege
Director, Hospital Services

Dr Catherine B. Sanga
Assistant Director, RCH

Dr Twalib A. Ngoma
Director General
Ocean Road Cancer Institute

ZAMBIE

Hon. Dr Brian Chituwo MP.
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Victor M. Mukonka
Director Public Health and Research

Dr Roy Maswenyeho
Principal Accountant, MOH

Mrs D. Mwewa
Chief Policy Analyst, Nursing
Services)

Mrs I. M. Singogo
Health advisor – Plan International

ZIMBABWE

Dr P. D. Parirenyatwa
Hon. Minister of Health and Child
Welfare
Head of delegation
Harare

Dr Gibson Mhlanga
Principal Director, Preventive Services
Harare

Ms Margaret Nyandoro
National Reproductive and Child
Health
Coordinator
Harare

Mrs Rufaro Charity
Madzima
Nutrition Intervention Officer
Harare

Mr Eric Chokunonga
Cancer Registry Member
Harare

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

**Programme alimentaire mondial
(PAM)**

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

Ms Agathe Lawson
Manager of the Regional Director
Team for Southern Africa

Dr Luc De Bernis
Senior Maternal Health Adviser
/Africa Division
Addis Ababa
Ethiopia

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

Mr Per Engebak
Regional Director
ESARO

Ms Barbara Bentein
Deputy Regional Director
WCARO

Dr Rumishael Shoo
Regional Advisor Child Survival
And Development UNICEF ESARO

Dr Genevieve Begkoyian
Chief Child Survival Section
WCARO

Dr Kopano Mukelabai
UNICEF Senior Liaison Officer,
WHO/AFRO

Mme Silvia Luciani
Deputy Representative
Congo

Banque mondiale

Mrs Obiageli Katryn Ezekwesil
Vice-President

Dr Khama Rogo
Lead Health Sector Specialist

**Programme conjoint des Nations
Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)**

Dr Piot Executive Director
UNAIDS
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneve 27
Switzerland

Mr Mark Strling
Regional Director of East & Southern
Africa

**3. REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

**Nouveau Partenariat pour le
Développement de l'Afrique
(NEPAD)**

Prof. Eric Buch
Head of Delegation
Health Advisor

**Communauté pour le Développement
de l'Afrique australe (SADC)**

Mr Stephen Sianga
Director, Social Human Development
Head of delegation

Mr Joseph Mthetwa
Senior Programme manager
Observer

**Organisation de Coordination pour la
Lutte contre les Endémies en Afrique
centrale**

Dr Jean-Jacques Moka
Secrétaire général de l'OCEAC
Chef de délégation

M. Likassi Bokamba Fulgence
Directeur de cabinet du SG de
l'OCEAC

Dr Nicolas Félicien Dologuele
Chef de Département Programmes et
Recherche à l'OCEAC

**Organisation international pour les
Migrations (OIM)**

**Conseil africain et malgache pour
l'Enseignement Supérieur (CAMES)**

Union africaine (UA)

Dr Grace Kalimugogo
Ag. Director Of Social Affairs
Representative of AU

**Banque africaine de Développement
(BAD)**

Dr T. B. Ilunga
Manager, Health Division

**Commission économique des Nations
Unies pour l'Afrique (CEA)**

**Union économique et monétaire
ouest-africain (UEMOA)**

M. Rui Duarte Barros
Commission départementale du
Développement social

Dr Corneille Traoré
Directeur de la Santé, de la Protection
sociale et de la Mutualité

COMESA

Mr J. E. O. Mwencha
Secretary General

ICCIDD

Prof. Lantum Daniel Noni

IDF

Prof. Jean Claude Mbanya

**Programme de Lutte contre
l'Onchocercose en Afrique**

Dr Veronica Uche Amazigo
Director
Ouagadougou
Burkina Faso

**Centre de Surveillance
pluripathologique**

IFPMA

Dr Eric Noehrenber

Dr Lorinoa Mei Kraukamp

M. Alain Aumonier

FMI

M. Yaya Moussa
Représentant résident du FMI à
Brazzaville

Oxford University

Prof. D. J. Kerr

**Organisation oust-africaine de la
Santé (OOAS)**

CEEAC

Général Luis Sylvain Goma
Secrétaire général

Dr Gabriel Malonga-Mouelet
Chef de la Cellule VIH/sida et Santé à
la CEEAC

USAID

Mrs Husain Ishrat
1300 Pennsylvania Av. N.W
Washington D.C. 20523

Ms Mary Harvey
AFR/SD/HRD, Africa Bureau

UNITAID

Dr Philippe Duneton
Acting Executive Secretary

Dr Vorge Bermudez
Executive- Secretary

CID/DCT/HAS

Dr Frédéric Goyet
Chef du Bureau de la Santé

**Secrétariat régional du
Commonwealth pour la Santé pour
l’Afrique orientale, centrale et
australe (CRHCS-ECSA)**

Dr Steven V. Shongwe
Executive Secretary

IAEA

Dr D. Malin

RBM

Dr Awa Marie Coll-Seck
Directrice Exécutive
Partenariat Faire Reculer le Paludisme

Dr James Banda

Dr Thomas Teuscher

US GLOBAL AIDS

Dr Mark Dybul

FONDS MONDIAL

Mr Michel Kazatchkine
Executive Director

Mr Nosa Orobato
Director of Operations

PIM

Admiral Timothy Ziemer
Coordinator

PNUD

M. Gilbert Fossoun Houngho

UICC

M. J. Divino

HCR

Dr C. Zoueke-Makouaka
Administrateur national des services
communautaires, UNHCR, Brazzaville

M. Kodjo Koumou Ketevi
Administrateur de Programme, UNHCR,
Brazzaville

Dr Hannah Bassy Faal
Observateur

**4. REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS
NONGOUVERNEMENTALES**

Rotary International

Mr Bob Scott
Chairman of International Polio Plus
Com.

Mr Ambroise Tshimbalanga-Kasongo
Chairman Polio Plus in Africa

Federation of Women Groups (FWG-K)

Hon. Catherine M. Nyamato
Chairperson

**Commission nationale de lutte contre
les Pratiques néfastes**

Mme Mariane Baba Sy
Présidente

**Ghana Association for Women's
Welfare**

Mrs Florence Ali
Président

Voix des Femmes

Mme Mariam Lamizana
Présidente

**Institut des Sciences de
l'Environnement**

Prof. Chiekh Niang

MPIGI District Council

Dr Ruth Jane Nassanga

Mrs Irene Singogo

Dr Sere Kaba

Equality Now

Mrs Faiza Mohamed

**ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME
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/RC57/1)
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 (document AFR/RC57/2)
7. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/15)
 - 7.1 Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/3)
 - 7.2 Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/4)
 - 7.3 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/5)
 - 7.4 Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/6)
 - 7.5 Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/7)
 - 7.6 Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités (document AFR/RC57/8)

- 7.7 Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/9)
- 7.8 Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/10)
- 7.9 Budget Programme de l'OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/11)
- 7.10 Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/12)
- 7.11 Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/13)
- 7.12 Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC57/14)

8. Information

- 8.1 Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/1)
- 8.2 Élimination de la lèpre : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/2)
- 8.3 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC57/INF.DOC/3)
- 8.4 Rapport d'audit : Recommandations et état de mise en oeuvre (document AFR/RC57/INF.DOC/4)
- 8.5 Termes de référence des réunions des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/INF.DOC/5)
- 8.6 Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle (document AFR/RC57/INF.DOC/6)

9. Table ronde : Prévention et lutte contre le cancer dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/RT/1)
10. Discussion de groupe : Le rôle de la communauté dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PD/1)
11. Rapports de la Table ronde et de la Discussion de groupe (document AFR/RC57/16)
12. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/17)
13. Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional (document AFR/RC57/18)
14. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC57/19)
15. Clôture de la cinquante-septième session du Comité régional.

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : Lundi 27 août 2007

9 h 00 – 11 h 25	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture officielle
11 h 25 – 14 h 45	<i>Pause-déjeuner</i> (y compris le point 2 de l'ordre du jour – Constitution du Sous-Comité des Désignations)	
14 h 45 – 14 h 50	Déclaration liminaire	Président de la 56 ^{ème} session du Comité régional
14 h 50– 15 h 15	Point 3 de l'ordre du jour	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC57/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
15 h 15 – 16 h 00	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006 : Rapport annuel du Directeur régional (document AFR/RC57/2)
16 h 00 – 16 h 30	<i>Pause-café</i>	
16 h 30 – 17 h 15	Point 6 de l'ordre du jour	(Suite)

17 h 15 – 17 h 30	Intervention d'un conférencier	M. Per Engebak, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe
17 h 30	Fin des travaux du 1 ^{er} jour	
19 h 00	Réception offerte par le Directeur régional de l'OMS	

2^{ème} JOUR : Mardi 28 août 2007

9 h 00 – 9 h 10	Point 5 de l'ordre du jour (suite)	Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
9 h 10 – 10 h 30	Point 7 de l'ordre du jour	Présentation du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/15)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 20	Examen du rapport du Sous-Comité du Programme	
	Point 7.1 de l'ordre du jour	Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/3)
	Point 7.2 de l'ordre du jour	Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/4)
12 h 20 – 14 h 20	<i>Pause-déjeuner</i>	

14 h 20 – 15 h 40	Point 7.3 de l'ordre du jour	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/5)
	Point 7.4 de l'ordre du jour	Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/6)
15 h 40 – 16 h 10	<i>Pause-café</i>	
16 h 10 – 17 h 30	Point 7.5 de l'ordre du jour	Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/7)
17 h 30	Fin des travaux du 2 ^{ème} jour	
19 h 00	<i>Réception offerte par le Gouvernement de la République du Congo (à confirmer)</i>	

3^{ème} JOUR : Mercredi 29 août 2007

9 h 00 – 10 h 00	Point 7.6 de l'ordre du jour	Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités (document AFR/RC57/8)
10 h 00–10 h 40	Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (suite)	
	Point 7.7 de l'ordre du jour	Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/9)

10 h 40 – 11 h 10	<i>Pause-café</i>	
11 h 10 – 11 h 50	Point 7.8 de l'ordre du jour	Tuberculose et VIH : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/10)
11 h 50 – 12 h 30	Point 7.9 de l'ordre du jour	Budget programme de l'OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/11)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 16 h 00	Point 7.10 de l'ordre du jour	Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/12)
	Point 7.11 de l'ordre du jour	Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/13)
	Point 7.12 de l'ordre du jour	Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC57/14)
16 h 00 – 16 h 20	<i>Pause-café</i>	

16 h 20 – 17 h 20	Point 8 de l'ordre du jour	Information
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/1)
	Point 8.2 de l'ordre du jour	Élimination de la lèpre : Rapport de situation (document AFR/RC57/INF.DOC/2)
	Point 8.3 de l'ordre du jour	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC57/INF.DOC/3)
	Point 8.4 de l'ordre du jour	Rapport d'audit : Recommandations et état de mise en œuvre (document AFR/RC57/INF.DOC/4)
	Point 8.5 de l'ordre du jour	Termes de référence des réunions des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/INF.DOC/5)
	Point 8.6 de l'ordre du jour	Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle (document AFR/RC57/INF.DOC/6)

17 h 20 – 17 h 40	Point 12 de l'ordre du jour	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/17)
17 h 40	Fin des travaux du 3 ^{ème} jour	
4^{ème} JOUR : Jeudi 30 août 2007		
9 h 00 – 10 h 30	Point 9 de l'ordre du jour	Table ronde : Prévention et lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/RT/1)
	Point 10 de l'ordre du jour	Discussion de groupe : Le rôle des communautés dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PD/1)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 00	Point 9 de l'ordre du jour	(Suite)
	Point 10 de l'ordre du jour	(Suite)
12 h00 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 00	Point 11 de l'ordre du jour	Rapports de la Table ronde et de la Discussion de groupe (document AFR/RC57/16)

15 h 00 – 15 h 20	Point 12 de l'ordre du jour	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC57/17)
15 h 20 – 15 h 40	Point 13 de l'ordre du jour	Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-neuvième sessions du Comité régional (document AFR/RC57/18)
15 h 40 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00	Fin des travaux du 4 ^{ème} jour	
5^{ème} JOUR : Vendredi 31 août 2007		
9 h 00 – 10 h 00	Temps libre	
10 h 00 – 11 h 30	Point 14 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC57/19)
	Point 15 de l'ordre du jour	Clôture de la cinquante-septième 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 19 au 22 juin 2007.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité.
3. Le Directeur régional a enchaîné en soulignant l'importance du Sous-Comité du Programme qui apporte son expertise dans l'élaboration de stratégies permettant de faire face aux défis de santé publique dans la Région africaine. Il s'est félicité de la contribution du Sous-Comité du Programme en indiquant qu'il était temps de passer de la parole aux actes. Il a souligné le fait que la présente session du Sous-Comité se tenait après l'adoption du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du budget programme 2008-2009 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Ceci permet d'aligner les décisions des organes directeurs sur les attentes des populations et des États Membres de la Région africaine. Il a également informé les participants que la structure organisationnelle du Bureau régional avait été ajustée en tenant compte des exigences de la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme et de la mise en place du système global de gestion. Ce système permettra d'améliorer la gestion budgétaire et financière et contribuera à renforcer la responsabilité, l'efficacité et la transparence.
4. Le Directeur régional a également souligné l'importance de certains points inscrits à l'ordre du jour, notamment : i) la résurgence du choléra qui nécessite une approche multisectorielle; ii) le risque de résurgence de l'onchocercose, du fait de la présence du vecteur dans la Région; et iii) la nécessité de renforcer les systèmes de santé par l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies judicieuses, et de veiller au financement approprié des plans, afin d'intensifier les interventions en faveur de la santé et d'offrir des soins de qualité. Le Directeur régional a également

5. insisté sur la nécessité de réviser le mandat, la durée et la composition du Sous-Comité du Programme pour lui permettre de mieux préparer et d'accélérer les délibérations du Comité régional, d'émettre des avis sur les questions de santé publique présentant un intérêt à l'échelle mondiale et de donner des orientations pertinentes aux États Membres au cours des réunions des organes directeurs.

6. À l'issue de la présentation des membres du Sous-Comité du Programme, des Directeurs de Division et des Conseillers régionaux du Bureau régional, le bureau de la réunion a été constitué ainsi qu'il suit :

Président :	Dr Potougnima Tchamdja (Togo)
Vice-Président :	Dr Sam Zaramba (Ouganda)
Rapporteurs :	Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz (Angola, pour la langue portugaise) Pr Khireddine Khelfat (Algérie, pour la langue française) Dr André Bernard Valentin (Seychelles, pour la langue anglaise).

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

8. Le Président, au nom de son pays, a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance placée en lui et a souligné le caractère opportun des sujets à débattre. Il s'est déclaré confiant que le Secrétariat collaborerait avec le Sous-Comité du Programme pour s'assurer que les documents sont examinés et révisés en vue de leur présentation au Comité régional.

9. L'ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) ont été examinés.

10. Le Directeur régional a proposé l'examen d'un document d'information relatif au rapport sur les audits interne et externe qui a été présenté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport passe en revue, d'une manière critique, la gestion budgétaire et financière dans la Région africaine de l'OMS. Le document proposé sera présenté au Comité régional pour informer les Ministres de la Santé des questions liées à l'audit. Il donnera également au Comité régional l'occasion

d'assurer le suivi des questions relatives à la gestion budgétaire et financière. Il a été proposé d'inclure le document comme point 16 de l'ordre du jour.

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

9h00 – 12h30, y compris une pause-café de 30 minutes

12h30 – 14h00, pause-déjeuner

14h00 – 17h00.

12. Des annonces à caractère administratif ont été faites et une séance d'information sur la sécurité a été organisée à l'intention des membres du Sous-Comité du Programme.

RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/PSC/3)

13. Le Dr A. Yada, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives.»

14. Il ressort de ce document que la Région africaine représente plus de 90 % de tous les cas de choléra notifiés à l'OMS. La situation du choléra ne cesse de s'aggraver depuis le début des années 1990. En 2006, 31 pays ont notifié au total 202 407 cas dont 5259 décès, soit un taux de létalité général de 2,6 %. La stratégie actuelle de lutte contre le choléra dans la Région africaine se manifeste généralement comme une simple réaction, face aux situations d'urgence. Les principaux facteurs de risque du choléra sont la pénurie d'eau potable et les mauvaises conditions d'assainissement. Cependant, le choléra est généralement considéré comme un problème qui ne concerne que le secteur de la santé; par conséquent, les programmes et les activités de lutte contre cette maladie ne sont pas souvent menés dans une approche concertée et multisectorielle.

15. Il est indispensable que les pays reconnaissent la complexité de la lutte contre le choléra et élaborent ou renforcent des programmes multisectoriels nationaux destinés à garantir l'accès universel à une eau de boisson saine et à l'assainissement. Les pays

devraient également mettre en place des comités nationaux chargés de coordonner les activités de préparation et de riposte aux épidémies de choléra. Ces comités devraient comprendre des représentants des principaux secteurs (santé, eau, assainissement, pêches, agriculture et éducation) ainsi que des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux. Les plans nationaux de préparation et de riposte aux épidémies devraient notamment porter sur le renforcement de la surveillance de la maladie, la prise en charge des cas, la promotion de la santé et le pré positionnement de stocks d'urgence pour le diagnostic et le traitement.

16. Le document recommande à l'OMS et aux partenaires de continuer d'aider les pays à renforcer les capacités nationales en leur fournissant des lignes directrices, des protocoles et un appui technique en vue de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de plans de lutte complets contre le choléra et d'autres maladies transmises par l'eau. Le Bureau régional devrait également collaborer avec les partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces plans.

17. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document et ont salué sa pertinence, sa concision et sa clarté. Ils ont fait des commentaires généraux pour améliorer le document. Ils ont demandé que le lien entre le choléra, d'une part, la pauvreté et le développement général, d'autre part, soit mis en exergue et ont souligné la nécessité de traiter des questions portant sur le leadership et la coordination, la mobilisation des ressources, l'urbanisme, l'application appropriée de la réglementation en vigueur, la qualité de l'eau, l'hygiène de base et les mesures préventives de base telles que l'habitude de faire bouillir l'eau et de se laver les mains. Les participants ont noté que la plupart des facteurs qui favorisent la transmission du choléra se situent en dehors du secteur de la santé et appellent donc des actions multisectorielles novatrices et efficaces. Le Sous-Comité du Programme a demandé des éclaircissements sur l'efficacité des vaccins, l'obligation d'un certificat de vaccination contre le choléra pour les voyageurs, et l'utilisation des antibiotiques.

18. Les membres du Sous-Comité du Programme ont également proposé des amendements spécifiques pour améliorer le document :

- a) Dans l'Analyse de la situation, le paragraphe 9 devrait également inclure les questions portant sur le développement, l'habitat anarchique et les faiblesses des administrations locales en ce qui concerne la fourniture des services de base; au paragraphe 11, remplacer «absence» par «insuffisance» ou «inadéquation»; le paragraphe 10 de la version française devrait être libellée de la manière suivante «202 407 cas dont 5259 décès 2,6 % » et la version portugaise devrait également reprendre les mêmes chiffres; le paragraphe 12 devrait être conçu de la manière suivante : «dans l'élaboration de politiques appropriées ... » et inclure des secteurs tels que ceux de l'eau, de la planification et des finances; le paragraphe 14 devrait inclure la pauvreté et le changement de comportements parmi les principaux défis; et le paragraphe 15 devrait mettre l'accent sur l'éducation en matière de santé publique, l'information et la communication.
- b) Dans les Perspectives, le paragraphe 16 devrait inclure la protection des sources d'approvisionnement en eau; et le paragraphe 18 le rôle des administrations locales et des communautés.
- c) Dans la section Rôles et responsabilités, le paragraphe 29 devrait inclure la question du leadership et de l'engagement financier; le paragraphe 30 de la version française devrait être revu.

19. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et leurs suggestions qui seront utilisées pour enrichir et parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Directeur régional a proposé qu'un projet de résolution soit préparé, soulignant la nécessité d'une approche multisectorielle, définissant le rôle du secteur de la santé et devant servir d'outil de plaidoyer pour les gouvernements, l'Union africaine et les partenaires.

20. Le Sous-Comité a recommandé le document tel que modifié et a préconisé qu'un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/1) soit préparé sur le sujet pour soumission au Comité régional pour adoption.

SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)

21. Le Dr C. N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Sécurité sanitaire des aliments : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS». Le document définit la sécurité sanitaire des aliments, et note que celle-ci constitue une partie intégrante de la sécurité alimentaire et porte sur la protection de l'approvisionnement en aliments contre les risques d'origine microbienne, chimique et physique. Le document souligne la nécessité de tirer le meilleur parti du peu d'aliments disponibles.

22. Dans l'analyse de la situation, il est indiqué que les maladies d'origine alimentaire et hydrique entraînent jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an et le décès de quelque 700 000 personnes, tous âges confondus. Les aliments contaminés ont des conséquences aussi bien sanitaires qu'économiques. Les défis associés à la sécurité sanitaire des aliments en Afrique sont, entre autres, la mauvaise qualité de l'eau et l'insalubrité de l'environnement; la surveillance inadéquate des maladies d'origine alimentaire; l'incapacité des petits et moyens exploitants de produire des aliments sains; l'obsolescence de la réglementation relative aux aliments et l'application inadéquate des lois pertinentes; les capacités limitées en matière de sécurité alimentaire; et l'insuffisance de la collaboration entre les différents acteurs.

23. La section consacrée à la justification affirme que les aliments sont indispensables pour la prospérité, la santé et le bien-être social des individus et des sociétés, et que la sécurité sanitaire des aliments devrait contribuer à réduire la charge des maladies d'origine alimentaire et à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 1, 4 et 8. Plusieurs lignes directrices et documents de stratégie antérieurs portent sur la sécurité sanitaire des aliments; l'élaboration de la présente stratégie vise donc à mettre à la disposition des États Membres un document d'orientation unique.

24. La stratégie entend contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux aliments contaminés en fournissant une plate-forme pour le plaidoyer en faveur de la sécurité sanitaire des aliments et un cadre pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales sur la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement des capacités et la promotion de la collaboration intersectorielle. Il

discute d'un certain nombre de principes directeurs tels que la mise en œuvre de mesures holistiques et complètes, en fonction des risques, la collaboration intersectorielle et la responsabilité individuelle. Au nombre des interventions prioritaires, l'on pourrait citer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, lois et programmes relatifs à la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement des capacités et la promotion de la santé.

25. Le document définit les rôles et responsabilités des gouvernements ainsi que de l'OMS et des partenaires. Après la mention des implications financières et des indicateurs, le document conclut qu'en dépit des nombreux défis associés à la sécurité sanitaire des aliments en Afrique, les États Membres devraient tout mettre en œuvre pour atténuer les effets nocifs des aliments contaminés. Il invite ensuite le Sous-Comité du Programme à examiner et à adopter la stratégie proposée.

26. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré. Ils ont formulé diverses observations d'ordre général pour améliorer le document. Il est nécessaire d'inclure dans le document des questions telles que les aliments génétiquement modifiés, la suralimentation, la sous-alimentation, la malnutrition et l'usage de condiments inappropriés pour la préparation des aliments. Les participants ont fait remarquer que la contamination des aliments est évitable. Il importe de sensibiliser les responsables et les consommateurs sur la sécurité sanitaire des aliments et en particulier sur les pertes économiques qu'entraîne la contamination des aliments. Il existe des méthodes simples pour assurer la sécurité sanitaire des aliments, y compris le fait de se laver les mains.

27. Les membres du Sous-Comité ont proposé d'inclure dans l'analyse de la situation des informations sur les produits frais et congelés importés afin d'éviter l'entrée de produits dont la qualité et la sécurité sanitaire ne sont pas garanties. Ils ont souligné la nécessité de mener des enquêtes pour évaluer les intoxications causées par ces aliments. Bien que le document souligne l'importance des consommateurs, il faudrait également mentionner le rôle déterminant des associations de consommateurs.

28. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction, paragraphe 1 : ajouter *qualité* après le mot *quantité* dans la version française; la préoccupation au sujet de la sécurité sanitaire n'affecte pas tout le monde, il faut donc modifier la phrase en ajoutant «majorité des personnes»; au paragraphe 3, la première phrase de la version française devrait être ainsi conçue : *pour utiliser efficacement le peu d'aliments disponibles*.
- b) dans l'Analyse de la situation, au paragraphe 6 : enlever la référence au DDT; au paragraphe 9, la première phrase devrait être révisée ainsi qu'il suit : «la préparation, la protection, la vente et la consommation de produits alimentaires provenant de la rue dans les endroits inappropriés continuent à augmenter». Les aliments vendus dans la rue sont une source d'alimentation pour les personnes démunies dans les zones urbaines; dans la version française, ajouter le mot *certes* avant *exempts*; aux paragraphes 10 et 11, inclure la liste des pays; ajouter un paragraphe sur les organismes génétiquement modifiés pour rendre compte de la situation actuelle; les paragraphes 13 et 15 se contredisent, il faut donc supprimer l'expression «le faible niveau d'engagement».
- c) dans la Stratégie régionale, section «Interventions prioritaires», à la première phrase du paragraphe 25 de la version française, enlever le mot *analytique* après *compétence* et ajouter *le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sur le marché*; au paragraphe 25, il est nécessaire de mettre en place ou de renforcer des laboratoires nationaux de référence; cette idée devrait être reflétée dans les rôles et les responsabilités de l'OMS.
- d) dans la section Rôles et responsabilités, inclure au paragraphe 29 (b) les services d'inspection et la certification des importations et des exportations.
- e) Au paragraphe 31, réviser la première phrase en ajoutant les ressources matérielles et humaines.

29. À la demande du Secrétariat, les participants ont procédé à un échange d'expérience sur les organismes chargés de la sécurité des approvisionnements et de la sécurité sanitaire des aliments dans leurs pays respectifs. L'expérience varie légèrement d'un pays à l'autre. D'une manière générale, la sécurité sanitaire incombe au ministère de la santé et la sécurité des aliments au ministère de l'agriculture et de l'élevage. Certains pays ont des organismes qui s'occupent de questions spécifiques telles que la contamination d'origine microbienne ou chimique. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leurs observations et de leurs suggestions. Il a été précisé que les modifications proposées seraient prises en compte lors de la mise en forme définitive du document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a donné des éclaircissements sur les aliments génétiquement modifiés, la sécurité sanitaire des aliments, la sécurité des aliments en produits alimentaires et la nécessité d'une utilisation sans danger de tous les produits chimiques, y compris le DDT, afin d'éviter qu'ils entrent dans la chaîne alimentaire.

30. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/2) à soumettre au Comité régional pour adoption.

LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS: SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC57/PSC/5)

31. Le Dr A. Yada, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives».

32. Le document présente l'onchocercose (cécité des rivières) comme une maladie débilitante à transmission vectorielle, provoquée par un parasite (*Onchocerca volvulus*). Cette maladie cause des lésions cutanées prurigineuses aiguës et des lésions oculaires pouvant évoluer vers la cécité. L'onchocercose contribue à la pauvreté qu'elle perpétue, suscite la stigmatisation, limite la productivité agricole, entraîne d'énormes pertes sur le plan économique et impose une charge de morbidité disproportionnée aux communautés rurales défavorisées. En Afrique, 120 millions de personnes demeurent à risque, et 37 millions d'entre elles sont fortement infectées.

33. Le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) a été mis en œuvre entre 1974 et 2002 dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et a atteint l'objectif de l'élimination de cette maladie dans dix d'entre eux (à l'exception de la Sierra Leone, pour cause de conflit civil interne). Après la clôture des activités de l'OCP, l'OMS a créé un centre de surveillance pluripathologique à Ouagadougou pour fournir aux pays un appui en matière de surveillance. En 1995, le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) a été lancé pour combattre cette maladie dans les pays où la stratégie de l'OCP n'avait pas pu être mise en œuvre, pour diverses raisons. L'APOC couvre 19 pays africains.

34. Pour tirer parti des progrès réalisés, une réunion spéciale des partenaires s'est tenue en 2006 au Cameroun pour examiner les recommandations élaborées par un groupe de travail sur l'avenir de la lutte contre l'onchocercose en Afrique. À l'issue de cet examen, les Ministres de la Santé des pays africains ont adopté la Déclaration de Yaoundé exprimant leur engagement à œuvrer de concert à l'accélération de l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socioéconomique.

35. Le document identifie les obstacles et les défis qui limitent l'accès et la qualité des services de lutte dans beaucoup de pays. Au nombre de ces obstacles et défis, l'on pourrait citer les guerres et les conflits civils; le manque d'efficacité des programmes de lutte; l'insuffisance des personnels de santé; la co-endémicité onchocercose-Loa loa; la durabilité des activités de lutte; les priorités concurrentes; l'insuffisance des ressources financières allouées au titre des budgets nationaux.

36. Selon le document, l'appropriation par les pays, la durabilité des activités de lutte et leur dévolution vers les niveaux inférieurs constituent la clé du succès et de l'efficacité de la lutte contre l'onchocercose. Le document recommande que les pays d'endémie mettent en place des programmes nationaux viables pour lutter contre cette maladie, en fondant ces programmes sur une forte participation communautaire et en utilisant l'approche des soins de santé primaires. Les ministères de la santé et les partenaires des 16 pays cibles devraient accorder une attention particulière aux zones et localités en situation de post-conflit, dans lesquelles les données épidémiologiques font ressortir une hausse de la prévalence de la maladie, l'existence de réservoirs d'infection et de co-endémicité avec la loase.

37. Les pays d'endémie sont encouragés à prendre les mesures préconisées dans la Déclaration de Yaoundé, à affecter chaque année des allocations budgétaires aux activités de lutte, et à continuer d'élaborer et d'appuyer des mécanismes appropriés pour enrayer la transmission transfrontalière. Le document souligne la nécessité, pour tous les pays à risque de recrudescence transfrontalière, de se doter de systèmes de surveillance viables pour faire face aux défis associés à l'onchocercose et à la dynamique de transmission de cette maladie. Il recommande également que le Centre de surveillance pluripathologique continue d'appuyer la mise en place de systèmes de surveillance de l'onchocercose aux niveaux national et régional.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour la pertinence de ce document qui intervient à un moment opportun et qui souligne l'importance de la prévention et de la lutte contre l'onchocercose au sein de la Région. Les risques sont certes plus importants dans les zones en conflit, mais il est nécessaire que les autres pays assurent la viabilité des progrès réalisés par le passé dans la lutte contre cette maladie. Cela demande, de la part des gouvernements, l'engagement accru de prendre en charge le financement des programmes de prévention et de lutte contre l'onchocercose au niveau national, tel que préconisé dans la Déclaration de Yaoundé.

39. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait d'autres observations générales pour améliorer le document. Ils ont exprimé la nécessité d'un résumé d'orientation qui puisse capter l'attention des dirigeants politiques. La lutte contre l'onchocercose devrait être suffisamment présentée comme un problème de développement. Il convient également d'insister sur la transmission transfrontalière de l'infection, tout en intégrant la lutte contre cette maladie dans les soins de santé primaires en veillant au renforcement de la participation communautaire.

40. Les participants ont également noté que les programmes de lutte contre l'onchocercose sont financés en grande partie par les donateurs et que cette situation constitue une sérieuse menace pour la viabilité et la consolidation des progrès accomplis au niveau national. Les pays devraient être invités à assurer le suivi et à tenir le Comité régional informé de la mise en œuvre de la Déclaration de Yaoundé.

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

- a) Le paragraphe 3 doit donner les raisons pour lesquelles la Sierra Leone n'a pas fait de progrès dans l'élimination de la maladie (guerre/conflit).
- b) Il est nécessaire de définir et de clarifier les rôles et responsabilités.
- c) Le paragraphe 26 devrait se lire : «...et affecter sur une base régulière des allocations budgétaires...»
- d) Au paragraphe 27, la dernière phrase devrait se lire : « ...mettre au point des mesures de contrôle et de suivi... »

42. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a noté qu'au cours des 30 dernières années, le programme de lutte contre l'onchocercose a bénéficié de l'appui des donateurs et que l'engagement des gouvernements sera crucial pour un soutien continu jusqu'en 2015. Compte tenu des effets de cette maladie sur le développement et la réduction de la pauvreté, ainsi que des risques de recrudescence, les gouvernements et les ministères des finances devraient être régulièrement tenus informés afin qu'ils soient sensibilisés à la nécessité de fournir un financement viable en faveur du programme.

42. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/3) à soumettre au Comité régional pour adoption.

ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

(document AFR/RC57/PSC/6)

43. Le Dr A. Louazani a présenté le document intitulé «Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS».

44. Le document définit la déficience visuelle comme la basse vision, et la cécité comme la perte partielle ou totale de la vision, mesurée à l'échelle standard. Il indique que la cécité peut être prévenue ou traitée dans 75 % des cas. La cécité constitue un problème de santé publique et socioéconomique réel dans la Région africaine où elle accentue la pauvreté.

45. Une initiative mondiale visant à éliminer la cécité évitable et connue sous le nom de «Vision 2020: le droit à la vue», a été lancée dans la Région africaine en 2000, en partenariat avec l'International Agency for the Prevention of Blindness, pour apporter une réponse appropriée aux défis posés par la cécité. En 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA56.26 qui invite instamment les États Membres à soutenir l'initiative Vision 2020. En 2006, elle a adopté la résolution WHA59.25 qui réitère la nécessité de prévenir la cécité évitable et la déficience visuelle.

46. Selon le document, plusieurs pays disposent de programmes de lutte contre la cécité, mais l'impact de ces programmes est limité. Sur les 27 millions de déficients visuels d'Afrique subsaharienne, il y a 6,8 millions d'aveugles. La cécité est évitable dans 75 % des cas. Les principales causes de cécité évitable dans les pays en développement sont la cataracte, le glaucome, les opacités cornéennes, le diabète, le trachome affectant surtout les femmes et les enfants, la cécité de l'enfant liée à la carence en vitamine A, à la rougeole et à la conjonctivite du nouveau-né, et l'onchocercose. Le manque d'équipements dans les établissements de soins oculaires ou leur caractère peu fonctionnel, les pénuries de médicaments et d'autres produits essentiels pour les soins oculaires, l'insuffisance des ressources humaines entraînent l'augmentation de l'incidence des maladies causales de la cécité et accentuent la menace pour la santé dans la Région.

47. La stratégie régionale s'attaque à ces causes d'une manière intégrée en fournissant un appui aux États Membres pour les aider à réduire la charge de la cécité évitable. La stratégie entend favoriser la création d'un environnement politique propice à la mise en œuvre de l'initiative Vision 2020; intégrer les services de soins de santé oculaires dans les soins de santé primaires; renforcer le développement des ressources humaines et des infrastructures et technologies

appropriées; renforcer les partenariats et la mobilisation des ressources; et soutenir les études sur les interventions communautaires efficaces.

48. Au nombre des interventions prioritaires recommandées, l'on peut citer la création et le renforcement d'un environnement favorable à l'accroissement du plaidoyer et de la sensibilisation; le renforcement de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et plans nationaux; l'intégration des soins oculaires à tous les niveaux des systèmes de soins de santé existants; le renforcement des ressources humaines et des infrastructures; le renforcement des partenariats et de la mobilisation des ressources; et le développement de la recherche opérationnelle.

49. Le document recommande aux États Membres les stratégies de mise en œuvre et définit les rôles et responsabilités des pays, de l'OMS et des partenaires, ainsi que les systèmes de suivi et d'évaluation. Il souligne l'importance du plaidoyer pour sensibiliser les décideurs, les partenaires, les professionnels de la santé et les populations, pour qu'ils soutiennent la mise en œuvre de ces interventions.

50. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document, ont apprécié sa pertinence et son opportunité, et ont fait quelques observations générales pour l'améliorer. Ils ont noté que la majorité des causes sont évitables et qu'il faudrait mettre l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce, particulièrement aux niveaux périphériques en assurant des liens avec des services d'orientation. De plus, le document devrait mettre l'accent sur des mesures préventives telles que se laver la face, utiliser convenablement les antibiotiques au début de l'infection et renforcer les capacités des prestataires de soins oculaires, y compris la clarification de la formation et des qualifications des différentes catégories de personnels. Il importe également de renforcer les systèmes de surveillance, de mener la recherche opérationnelle à tous les niveaux, de régler la question de la vente sans discernement de lunettes et de mettre en place des mécanismes réglementaires.

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

- a) Dans l'Introduction : il faudrait ajouter au paragraphe 5 «pour assurer la formation continue».

- b) Dans l'Analyse de situation : le paragraphe 9 devrait comprendre les principales causes de la cataracte; au paragraphe 14, il faudrait donner la liste des quatre pays.
- c) Dans la section Justification : le paragraphe 17 devrait se lire : «parmi les principaux problèmes de santé publique».
- d) Dans la Stratégie régionale : il faudrait revoir le paragraphe 23 pour y inclure les actions à prendre; au paragraphe 36, il faudrait clarifier le terme chirurgiens de la cataracte, surtout en termes de fonctions et particulièrement lorsque la chirurgie est effectuée par des généralistes ou des infirmiers.
- e) Dans les Rôles et les responsabilités : Il faudrait ajouter au paragraphe 40, le rôle des pays quant aux enquêtes et au renforcement des capacités; au paragraphe 41, ajouter que l'OMS devrait apporter un appui technique aux programmes de formation et mener des enquêtes.

52. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a souligné que la stratégie proposée sera adaptée au contexte spécifique de chaque pays.

53. Le Sous-Comité a recommandé que le document tel qu'amendé soit présenté au Comité régional, pour adoption.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/PSC/7)

54. Le Dr Boureima Sambo, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS». Ce document comprend les sections suivantes : introduction, analyse de la situation, objectifs, principes directeurs, approches stratégiques, rôles et responsabilités, suivi et évaluation, et conclusion.

55. Le document définit le diabète comme une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie. Sa prévalence varie entre 1 % et 20 % en Afrique. Le diabète de type 2, qui est la forme la plus courante, est une affection grave, en raison de ses complications, en particulier les atteintes cardiovasculaires. Il constitue un problème de santé publique.

56. En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a soumis la résolution WHA42.36 sur le diabète, qui préconise une approche intégrée de la lutte contre le diabète. En 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale sur les maladies non transmissibles (AFR/RC50/10), qui souligne la nécessité pour les États Membres d'évaluer la charge de la maladie et de développer des stratégies pour la prévenir et la contrôler. Des actions menées conjointement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et la Fédération internationale du diabète (Afrique) ont permis de créer les conditions nécessaires à la lutte contre le diabète.

57. Le document souligne la nécessité d'appuyer les États Membres de manière intégrée. La stratégie proposée a pour objectif de contribuer à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée au diabète et aux facteurs de risque qui lui sont associés. Elle vise plus particulièrement à accroître la sensibilisation et le plaidoyer; promouvoir les interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire; renforcer la qualité des soins de santé en intégrant le diabète dans les soins de santé primaires; améliorer les capacités du personnel de santé; et soutenir la recherche sur les interventions communautaires, y compris la médecine traditionnelle.

58. La stratégie proposée s'appuie sur la nécessité d'une approche complète pour le contrôle du diabète. Les interventions recommandées comprennent : la création de conditions favorables au plaidoyer; la prévention du diabète et des facteurs de risque associés; le dépistage ciblé; le diagnostic précoce; et le renforcement des systèmes de santé. Le document souligne la nécessité d'un plein engagement des États Membres en faveur d'une approche multidisciplinaire et multisectorielle pour la prévention et le contrôle du diabète.

59. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités du contenu du document et ont reconnu son importance. Ils ont généralement convenu de la nécessité de mettre un plus grand accent sur le dépistage et le contrôle des facteurs de

risque en tant que paquet intégré à la prévention primaire du diabète et d'autres maladies non transmissibles. Ils ont également souligné la nécessité d'encourager les États Membres à conduire des enquêtes sur la base de l'approche STEPwise, afin de disposer de données uniformisées fiables pour un plaidoyer et une réponse efficaces; la nécessité d'intégrer la prévention et le contrôle du diabète dans les soins de santé primaires, en veillant à la disponibilité de médicaments génériques d'un coût abordable; à l'exemption des paiements directs par les malades; et la nécessité de disposer de normes. Ils ont proposé que chaque fois que le terme *glycémie* apparaît dans le document, il faudrait en fait dire «glycémie à jeun». Ils ont estimé qu'il était nécessaire d'adopter une résolution pour renforcer la mise en œuvre de la stratégie.

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

- a) Dans l'Introduction,: le paragraphe 2 doit inclure l'insulinorésistance; le même paragraphe nécessite une précision comme suit : «supérieure à 2g/l (11,1 mmol)... »; le paragraphe 3 doit mentionner l'impuissance sexuelle.
- b) Dans l'Analyse de la situation et la justification,: le paragraphe 7 doit se lire «entre 1 et 20 %». Le paragraphe 9 doit inclure le libellé suivant : «mode d'alimentation».
- c) Dans la Stratégie régionale,: au paragraphe 18, le petit a) doit mentionner les décideurs et le public en général, tandis qu'au petit e), dans la version française, il faut ajouter *de devant soutenir*; le paragraphe 23 doit inclure le bout de phrase «reconnue comme une maladie médico-sociale »; au paragraphe 25, le terme «asymptomatiques» doit être remplacé par «évolution silencieuse»; au paragraphe 30, la troisième phrase doit inclure «les hôpitaux..); au paragraphe 32, la troisième phrase doit inclure «prévention et contrôle», après «prise en charge du diabète»; dans la version française, la dernière phrase doit être libellé comme suit par *seul le médecin*; le petit c) du paragraphe 36 doit être libellé comme suit : «mobiliser des ressources au niveau national et à l'étranger et allouer celles-ci sur une base régulière»; il faut ajouter : d) achever l'enquête STEPwise; et e) renforcer les partenariats avec les autres acteurs.

d) Dans la Conclusion, au paragraphe 41, supprimer «l'insuffisance d'engagement».

61. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Directeur régional a reconnu l'importance de la prévention primaire et la nécessité de données épidémiologiques émanant de l'enquête fondée sur l'approche STEPwise. Il a mis en relief la charge qu'impose aux familles le coût des antidiabétiques et souligné la nécessité d'engager des négociations avec les sociétés pharmaceutiques. Il a déclaré que les États Membres devaient subventionner le coût des antidiabétiques et que des associations devaient être créées au niveau communautaire pour garantir la protection sociale des personnes touchées par le diabète.

62. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/WP/4) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINNE : RÉALITÉS ET OPPORTUNITÉS (document AFR/RC57/PSC/8)

63. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine: réalités et opportunités». Ce document comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, opportunités, actions proposées, et conclusion.

64. Le document reconnaît les efforts déployés par les pays pour fournir des services de santé intégrés de qualité, qui soient accessibles et abordables; les pays ont également généré les ressources humaines et matérielles nécessaires, collecté et regroupé les recettes destinées à l'acquisition des services, administré et régulé le secteur de la santé grâce à une vision et à une stratégie bien définies.

65. En dépit de ces efforts, les pays font face à un certain nombre de défis, notamment: le nombre limité de politiques et plans stratégiques de santé complets au niveau national; l'insuffisance des investissements dans la santé; le sous-

investissement dans la formation; la précarité des conditions de travail; le déploiement inégal du personnel existant; la migration des agents de santé; l'iniquité flagrante dans la répartition des infrastructures et des équipements; la fragmentation des systèmes de santé; la faible qualité des services de santé; l'accès limité à des médicaments de qualité; et la faiblesse des mécanismes de coordination de l'appui des partenaires au secteur de la santé.

66. Des opportunités sont offertes aux pays pour leur permettre de relever ces défis: engagement renouvelé des États Membres à renforcer les systèmes de santé; meilleure disposition des programmes de santé verticaux pour qu'ils appuient le développement des systèmes de santé; engagement financier accru en faveur du renforcement des systèmes de santé de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination; de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé; du Réseau de métrologie sanitaire; de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale; et Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

67. L'objet du document est de proposer des actions pour appuyer les systèmes de santé intégrés et renforcer l'application efficace des orientations déjà données aux niveaux mondial et régional pour rendre les systèmes de santé plus performants.

68. Le document propose des actions centrées sur l'intégration des services de santé au niveau du district. Ces actions comprennent l'actualisation des politiques nationales et l'élaboration de plans stratégiques de santé réalistes; l'offre de services de santé intégrés au niveau du district; la mobilisation et l'utilisation efficace de ressources financières accrues pour protéger les pauvres; l'investissement approprié dans les hommes; et l'investissement accru dans les infrastructures, le matériel et les médicaments.

69. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait quelques observations générales pour améliorer le document. Ils ont souligné la nécessité de s'attaquer au problème de la fragmentation des systèmes de santé, associée à l'élaboration de programmes de santé parallèles, avec l'appui financier des partenaires. Ils ont indiqué que la fragmentation affaiblit les systèmes nationaux de santé et que les États Membres doivent par conséquent former un front uni pour résoudre ce problème. L'OMS doit jouer un rôle directeur en oeuvrant au renforcement des capacités des

pays à suivre les progrès accomplis et à veiller en toute responsabilité à ce que les engagements pris soient honorés.

70. Les membres du Sous-Comité ont souligné l'importance d'une formation de qualité, de la coopération interpays, de l'intégration des services de santé, du financement de la santé et de l'établissement de centres d'excellence. Ils ont insisté sur la nécessité de prendre en compte tous les niveaux des systèmes de santé dans le renforcement des capacités institutionnelles et ont présenté la participation et l'implication des communautés comme un moyen de garantir la viabilité des systèmes de santé et leur obligation de rendre compte. Ils ont déclaré qu'il était indispensable d'associer les professionnels de la santé à la construction et à l'équipement des infrastructures sanitaires, de définir le concept de système de santé, d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des initiatives antérieures, y compris des soins de santé primaires, du scénario de développement sanitaire en trois phases et de l'Initiative de Bamako, et de saisir l'occasion de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement pour renforcer les systèmes de santé dans la Région africaine.

71. Le Sous-Comité du Programme a également proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) Dans l'Introduction, à la première phrase du paragraphe 1, ajouter «à améliorer la qualité des services de santé»; à la dernière phrase du paragraphe 3, ajouter «accès universel» et terminer la phrase par «afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement».
- b) Dans la section Enjeux et défis, au paragraphe 8 (version portugaise), supprimer le mot *seus* avant *serviços*; remplacer le terme *a* par *aos* avant *medicamentos* au paragraphe 11; insérer le nom du pays qui a atteint la cible de 15 %.
- c) Dans les Actions proposées, à la deuxième phrase du paragraphe 20, tenir compte du fait que le rôle du Ministère de la Santé est non seulement de garantir la disponibilité des ressources, mais aussi de maîtriser les questions

relatives à l'allocation des ressources budgétaires et à la participation à la prise de décisions.

72. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a donné des éclaircissements sur l'accent mis sur le niveau du district et l'absence de détails, pour éviter de répéter ce qui est dit dans les documents et résolutions déjà adoptés par les sessions antérieures du Comité régional. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité des efforts en cours pour harmoniser et aligner les interventions des partenaires sur les priorités sanitaires des pays. Il l'a également informé qu'un rapport a été préparé sur les soins de santé primaires en Afrique et que ce rapport sera bientôt parachevé et diffusé.

73. Le Directeur régional a fait part de sa décision d'organiser, en 2008, une conférence africaine sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, à l'occasion de la célébration du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. À cet égard, le Secrétariat préparera une note d'information qui sera présentée à la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

74. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour adoption.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC57/PSC/9)

75. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives», qui comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, et actions proposées.

76. En 1998 et en 2002, les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont adopté des résolutions portant sur le renforcement de leurs capacités à utiliser de manière optimale les ressources humaines pour la santé. Pour mettre en œuvre ces

résolutions, l'OMS a élaboré et diffusé divers outils et lignes directrices et apporté son concours dans divers domaines techniques. Cinq centres collaborateurs de l'OMS ont été établis et cinq centres de formation régionaux ont bénéficié d'un appui technique et financier. Certains pays ont élaboré de nouveaux profils de carrière et de nouveaux arrangements contractuels, renforcé les unités chargées des ressources humaines, et introduit diverses initiatives permettant de recruter et de motiver les agents de santé.

77. Selon le document, les principaux problèmes eu égard aux ressources humaines pour la santé sont l'insuffisance du financement consacré à leur développement; le manque de politiques et plans complets; le manque de personnels de santé; le taux élevé des départs; et le manque d'informations et de données de recherche. Le principal défi consiste à trouver les moyens de mobiliser les fonds additionnels requis et de les utiliser de manière judicieuse pour résorber la crise actuelle des ressources humaines pour la santé.

78. Parmi les actions proposées, l'on pourrait citer : la nécessité de se doter d'une marge financière pour améliorer la production, la fidélisation et la performance des ressources humaines pour la santé; l'accélération de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et plans; l'augmentation de la production de ressources humaines pour la santé; l'amélioration des systèmes de gestion des ressources humaines; la production de données factuelles; et la promotion de partenariats pour le développement des personnels de santé.

79. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce très important document qu'ils ont longuement débattu, et ils ont émis des commentaires généraux pour l'améliorer. Ils ont dit à nouveau qu'il s'agissait d'une situation chronique dont les difficultés et interventions sont bien connues. Il existe également des plans et stratégies d'une grande pertinence et utilité qui nécessitent une mise en œuvre effective assortie d'un calendrier précis. Toutes les parties prenantes doivent s'impliquer dans la mise en œuvre de ces plans et stratégies, y compris le suivi et la production de rapports sur les progrès réalisés.

80. Pour développer les ressources humaines pour la santé, il faut des approches et actions multisectorielles, notamment que les secteurs, parties prenantes et donateurs concernés fassent en sorte que la question des ressources humaines pour la santé soit

abordée de manière coordonnée. Cette coordination réduirait le mouvement de masse d'agents de santé chevronnés du secteur public au secteur privé ou d'un programme à l'autre. Ce mouvement massif contribue aux pertes des gouvernements en matière d'investissement dans l'éducation, aux distorsions dans les systèmes de rémunération, et à l'affaiblissement du système de santé publique.

81. Ils sont tous convenus que la crise des ressources humaines pour la santé partout en Afrique nécessite de la part des pays mêmes un effort concerté pour augmenter la quantité et améliorer la qualité des agents de santé; apprécier à sa juste valeur la contribution des personnels nationaux de santé, y compris en les rémunérant en conséquence et en leur offrant des conditions de travail propices. En outre, il convient de faire ressortir l'importance de la formation continue et du recyclage périodique en compétences techniques, gestion, financement (contratualisation) et maintenance des équipements, conformément aux normes internationales.

82. Le Sous-Comité a souligné qu'il fallait, en abordant la question de la crise des ressources humaines pour la santé, tenir compte du taux élevé de départs des agents de santé imputables à l'impact de la pandémie de VIH/SIDA. Il a exprimé sa préoccupation au sujet de la fuite des cerveaux à l'intérieur des pays et entre pays, et du recrutement actif des personnels de santé par des agences de recrutement au sein de la Région, ce qui empire la situation dans les pays qui perdent ces personnels. Les membres en ont appelé à la coopération sud-sud et à la mise en place de mécanismes pour réduire cette tendance. Les membres du Sous-Comité du Programme ont demandé qu'on leur remette des exemplaires de la Déclaration de Yaoundé ainsi que le rapport de la réunion qui s'est tenue au Botswana.

83. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) Au paragraphe 8) de la version portugaise, revoir la traduction de Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- b) Au paragraphe 8, la première phrase de la version française doit se lire comme suit : *De nombreuses opportunités pour investir dans le développement des ressources humaines se sont présentées, mais ...*

- c) Dans les Enjeux et défis : inclure les départs des agents de santé imputables à l'impact du VIH/SIDA sur leur santé.
- d) Au paragraphe 11, inclure le défi posé par le fait que la formation de certaines catégories d'agents de santé fait intervenir également d'autres secteurs.
- e) Clairement identifier les rôles et responsabilités des États Membres, de l'OMS et des partenaires.
- f) Au paragraphe 20, la deuxième phrase devrait se lire comme suit : « ...des moyens d'action nécessaires pour protéger la santé des populations, y compris la promotion de l'éthique professionnelle et les ... ».
- g) Expliciter la première phrase du paragraphe 21.
- h) Insérer un nouveau sous-titre, «Stratégies de fidélisation des effectifs», entre les paragraphes 20 et 21.

84. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a répété qu'il était important que les pays élaborent et mettent en œuvre des politiques et plans relatifs aux ressources humaines; d'améliorer la capacité des institutions de formation en matière de production et de formation continue; et le rôle de tutelle des gouvernements dans la coordination des différentes parties prenantes. Il a été souligné que les efforts doivent porter sur la planification, la production, la gestion (y compris la réduction de la migration) et le financement des ressources humaines pour la santé, y compris la production systématique d'informations pour appuyer les actions et le suivi. Le Secrétariat a décrit les efforts consentis aux plans mondial et régional pour faire face aux migrations, ainsi que les expériences en matière de collaboration avec d'autres secteurs. Il a invité les pays à démontrer que la production de ressources humaines est un investissement et non pas uniquement une dépense récurrente, et que les ressources allouées par les partenaires et les donateurs peuvent également servir à la production de ressources humaines pour la santé.

85. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional pour adoption.

TUBERCULOSE ET VIH/SIDA : UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

(document AFR/RC57/PSC/11)

86. Le Dr R. Chatora, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS», qui comprend les sections suivantes : introduction, analyse de la situation, objectifs, principes directeurs, interventions prioritaires, rôles et responsabilités, suivi et évaluation, et conclusion.

87. Selon le document, la co-infection tuberculose-VIH est le principal facteur de propagation de l'épidémie de la tuberculose dans la Région africaine. Par ailleurs, environ 35 % des personnes souffrant de tuberculose sont infectées par le VIH, et au moins 25 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde surviennent dans la Région africaine. Conscient de l'importance des deux épidémies, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, à sa cinquante-cinquième session, la résolution AFR/RC55/R5 déclarant la tuberculose urgence sanitaire dans la Région et la résolution AFR/RC55/R6 réclamant l'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH dans les pays. Les taux de couverture des principales interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA demeurent faibles et les programmes de lutte contre ces deux affections sont généralement mis en œuvre séparément, alors qu'il est établi que les interventions ciblant conjointement la tuberculose et le VIH/SIDA permettent de réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité imputable à cette maladie parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH).

88. Le but de la stratégie régionale est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à la co-infection tuberculose-VIH/SIDA dans la Région en assurant l'accès universel aux interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.

89. La stratégie préconise que les pays mettent en œuvre les interventions prioritaires ci-après pour atteindre les objectifs définis : renforcement des

mécanismes de collaboration ; amélioration de la prévention, du dépistage et du traitement de la tuberculose chez les PVVIH; amélioration de l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de conseil et de dépistage du VIH ; maîtrise de l'infection en vue de réduire la transmission ; plaidoyer, communication et mobilisation sociale ; partenariats et mobilisation des ressources. Les responsabilités incombant aux pays, à l'OMS et à d'autres partenaires sont en outre décrites dans le document qui souligne que la prestation conjointe de services est nécessaire pour accélérer la mise à échelle des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA en vue de l'accès universel à ces interventions.

90. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré. Ils ont formulé diverses observations d'ordre général pour l'améliorer. En dépit de l'accent mis sur la double infection, ils estiment qu'il faut continuer à accorder une attention particulière au traitement de ces maladies prises séparément. Par ailleurs, outre des lignes directrices sur la lutte contre l'infection, il convient d'améliorer les infrastructures au sein desquelles les cas de tuberculose sont pris en charge et prévoir une formation en matière de lutte contre l'infection. Il est également nécessaire d'investir dans la prévention, le traitement et la recherche, notamment la recherche pour la mise au point de nouvelles technologies pour le diagnostic et le traitement.

91. Les membres ont déclaré que le document devrait mettre en lumière les progrès réalisés dans les années 70 par les pays dans la lutte contre la tuberculose, progrès qui ont été contrariés par la pandémie de VIH/SIDA; l'importance de la nutrition dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA; la nécessité urgente de créer des centres d'excellence, étant donné l'émergence de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et de la tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR); et le rôle que peut jouer le secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que si les niveaux national et régional supportaient la charge morbide la plus importante, il était cependant nécessaire de trouver une solution mondiale pour lutter contre la double infection et élaborer des lignes directrices claires pour la prise en charge de la tuberculose MR et de la tuberculose UR.

92. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) dans Stratégie régionale : rendre le but conforme à l'Initiative Halte à la Tuberculose; réviser le paragraphe 16 a) pour éviter la stigmatisation des pauvres; dans Interventions prioritaires, inclure le renforcement des systèmes de santé.
- b) dans Rôles et responsabilités : au paragraphe 27, élargir le rôle de l'OMS pour inclure la création de centres d'excellence et l'appui au suivi et à l'évaluation.
- c) dans Suivi et évaluation : ajouter au paragraphe 30 le suivi des cas de tuberculose MR et de tuberculose UR.

93. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a expliqué que si le document met l'accent sur la double infection tuberculose-VIH/SIDA, c'est que les questions relatives à chacune de ces affections, prise séparément, étaient traitées dans d'autres documents. L'égalité de l'accès aux services cible les personnes démunies en tant que bénéficiaires et non comme victimes de la stigmatisation. Les centres d'excellence sont évalués et nommés sur la base du mérite. La résolution WHA60.17, adoptée en mai 2007, porte sur la mise au point de nouvelles technologies pour le diagnostic et le traitement. L'Initiative Halte à la Tuberculose fait participer les secteurs public et privé à la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA; le Mécanisme international d'achat de médicaments permet d'avoir accès aux antituberculeux de première et deuxième intentions. L'OMS organisera une réunion mondiale pour élaborer des lignes directrices générales sur la lutte contre l'infection, qui seront adaptées par les pays. Les interventions préventives connues sont le cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes, et le traitement préventif à l'isoniazide pour les PVVIH.

94. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour adoption.

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008-2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC57/PSC/10)

95. Le Dr P. Lusamba Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Budget Programme de l'OMS 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine». Il comprend les sections suivantes : introduction, priorités, leçons apprises, Budget Programme, principes directeurs pour la mise en œuvre, rôles et responsabilités, conclusion et annexes.

96. Le document indique que l'environnement sanitaire mondial se caractérise par des lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances. Des interventions de santé ayant fait leur preuve ne sont pas pleinement mises en œuvre dans certaines parties du monde, et particulièrement en Afrique.

97. Le onzième programme général de travail de l'OMS définit un programme d'action mondial pour combler les lacunes évoquées ci-dessus. Dans ce contexte, l'OMS a défini sa contribution au programme mondial d'action sanitaire dans son plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (PSMT) qui a récemment été adopté par ses organes directeurs. Le PSMT sera mis en œuvre grâce à trois budgets programmes biennaux et aux plans opérationnels qui s'y rapportent.

98. Conformément aux priorités mondiales de l'OMS, le document a présenté les priorités de la Région africaine qui seront mieux appuyées par une décentralisation accrue des ressources et par la délégation de la fonction de mise en œuvre du programme en faveur des équipes d'appui interpayes.

99. Le Budget Programme 2008-2009 repose sur les principes de la gestion fondée sur les résultats et de l'intégration. Les organes directeurs de l'OMS ont approuvé un budget global de US \$4 227 480 000. La Région africaine recevra US \$1 193 940 000, soit 28,2 % de ce budget. Le document en montre la répartition, sur la base de différents critères.

100. Le document recommande des principes directeurs pour la mise en œuvre du Budget Programme et décrit les rôles et responsabilités des États membres et du Bureau régional de l’OMS. Il invite ensuite le Sous-Comité du Programme à examiner et à approuver les orientations proposées pour la mise en œuvre du Budget Programme 2008-2009 dans la Région africaine.

101. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la bonne présentation du document et ont fait les observations d’ordre général en vue de l’améliorer. Ils ont déclaré qu’il serait important de montrer l’évolution du budget au fil des ans, y compris la proportion utilisée pour le fonctionnement des bureaux de pays de l’OMS par rapport à celle destinée à la mise en œuvre des programmes. Ils ont exprimé leur préoccupation quant à la proportion élevée des contributions volontaires dans un contexte général d’insuffisance des financements, cette forme de contribution présentant un certain degré d’incertitude. Cette situation peut compromettre la mise en œuvre du programme.

102. Étant donné que la grande partie du budget est allouée aux bureaux de pays et aux équipes d’appui interpays, les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé le souhait de disposer d’informations sur le fonctionnement et le rendement des bureaux de pays et des équipes d’appui interpays, ainsi que sur la manière de mieux renforcer leur efficacité. Ils ont demandé que les allocations destinées aux pays figurent dans le document.

103. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités de l’importance accordée au partenariat, notamment avec l’Union africaine (UA), et se sont demandé comment ce partenariat sera poursuivi. Ils ont réitéré l’importance de certains défis à prendre en compte dans l’allocation du budget, tels que la crise des ressources humaines pour la santé qui devrait être considérée comme une priorité; le renforcement des systèmes de santé et les voies et moyens de s’attaquer adéquatement aux maladies non transmissibles qui sont en hausse et responsables aujourd’hui d’une grande partie de la charge de morbidité. Les besoins sanitaires des groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants devraient également bénéficier de toute l’attention voulue. Ils ont souligné que le sous financement de la santé de la reproduction, et particulièrement la santé maternelle et infantile, dû à la trop grande attention accordée aux maladies transmissibles, entrave la mise en œuvre de

stratégies clés telles que la feuille de route pour l'accélération de la réalisation des OMD liés à la santé maternelle et néonatale en Afrique.

104. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) au paragraphe 5, ajouter que le Budget programme 2008-2009 a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé;
- b) au paragraphe 6, dans la version portugaise, remplacer le mot «*maximisar*» par «*aumentar*»;
- c) figure 1 : faire en sorte que toutes les parties de la figure soient bien visibles sur le blanc et noir;
- d) au paragraphe 16, dans la version portugaise, remplacer «*empenhamento*» par «*empenho*»;
- e) au paragraphe 26, dans la version portugaise, cinquième ligne, remplacer « à » par « para a »;
- f) étant donné que la santé maternelle et infantile constitue un problème majeur dans la Région africaine et requiert un accroissement du financement, et compte tenu de la flexibilité dont on dispose encore pour l'opérationnalisation du budget programme, inclure la nécessité d'inscrire la santé maternelle et infantile comme priorité pour l'allocation de ressources budgétaires accrues dans les plans opérationnels, soit dans la section sur les rôles et responsabilités, soit dans la conclusion;
- g) au paragraphe 35 de la version anglaise, remplacer « to review and approve » par « to note and adopt ».

105. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Des explications ont été fournies sur le processus d'élaboration du Budget programme,

dans le cadre du onzième Programme général de travail auquel les pays et les partenaires ont participé, et son adoption lors de l'Assemblée mondiale de la Santé (y compris l'adoption des Objectifs stratégiques et des Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation). Le document final sera communiqué aux pays pour de plus amples informations.

106. Le Secrétariat a apporté des éclaircissements sur l'évolution du budget total (contributions fixées et contributions volontaires) alloué à la Région africaine. Il a fait savoir aux membres que l'OMS élabore actuellement une politique de mobilisation des ressources qui viendra compléter le cadre mis en place afin de contribuer à débloquent les fonds en temps voulu et réduire la proportion de fonds à affectation prédéterminée. Les plans opérationnels des pays doivent être établis en collaboration étroite entre le Ministère de la Santé et le Bureau de pays de l'OMS.

107. Le Secrétariat a souligné le rôle du Sous-Comité du Programme et du Comité régional dans les orientations données pour la mise en œuvre du budget programme. Il a informé les membres que le Bureau régional maintient une collaboration permanente avec l'Union africaine et les communautés économiques régionales et a donc participé à l'élaboration de la Stratégie de la Santé de l'Afrique 2007-2015. Le Secrétariat a exprimé sa disposition à appuyer la mise en œuvre de cette stratégie, en collaboration avec les autres organisations du Système des Nations Unies présentes dans la Région, tout en se conformant au mandat de l'OMS. Après avoir noté que la santé de la reproduction constitue une source de préoccupation depuis la dernière période biennale, le Secrétariat a signalé que des efforts ont été déployés pour accroître les allocations destinées à ce domaine d'activité. Il était néanmoins nécessaire d'augmenter encore ces allocations, en particulier en faveur de la santé maternelle qui présente les pires indicateurs et dont les progrès sont lents.

108. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document, tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/ 4) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

DÉTERMINANTS SOCIAUX CLÉS DE LA SANTÉ : APPEL EN FAVEUR D'UNE ACTION INTERSECTORIELLE POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/PSC/13)

109. Le Dr C. N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé « Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer l'état de santé dans la Région africaine de l'OMS ». Le document comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, actions proposées et conclusion.

110. Le document signale que certains facteurs généralement appelés "déterminants sociaux de la santé" influent profondément sur la santé. Faisant suite à la demande formulée par les ministres de la santé au sujet d'un compte rendu des activités de la Commission OMS des déterminants sociaux de la santé (CDSS) et en attendant le rapport de cette commission, le document aborde les problèmes et les défis auxquels les pays de la Région africaine sont confrontés, et propose les actions à mener.

111. Il examine d'abord certains facteurs qui constituent des majeurs défis, y compris la pauvreté; l'iniquité; le peu d'intérêt accordé à l'éducation des filles; le fait que de larges couches de la population n'ont pas accès aux services de santé et ne les utilisent donc pas; les problèmes liés à l'environnement; la mondialisation du commerce, des voyages, des migrations, de la technologie et des communications; l'absence de mécanismes de coordination des actions intersectorielles dans le domaine de la santé; et l'absence de propositions concrètes pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Le document propose ensuite un certain nombre d'actions aux États Membres, à l'OMS et aux partenaires.

112. Le document demande aux pays de mettre en place un groupe spécial des déterminants sociaux, chargé d'examiner les questions qui se posent et les recommandations que formulera la CDSS; et de veiller à ce que leurs politiques et leurs plans de santé soient axés sur les principaux déterminants sociaux de la santé. Il invite l'OMS, les partenaires et les autres acteurs à créer un observatoire régional des déterminants sociaux de la santé et à fournir aux pays l'appui technique et les orientations dont ils ont besoin.

113. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé des observations générales pour améliorer le document. Ils ont exprimé la nécessité d'élaborer des paragraphes distincts sous la section «Enjeux et défis» pour traiter de l'urbanisation (y compris l'émergence d'habitations anarchiques dans les pays sortant d'un conflit) et des facteurs d'ordre culturel. En ce qui concerne la proposition de créer un groupe spécial des déterminants sociaux, les participants se sont demandé si ce groupe devait être placé sous l'autorité du ministère de la santé ou à un niveau plus élevé tel que le bureau du Premier Ministre ou du Président. Il faudrait mentionner les principaux enseignements tirés de l'initiative portant sur les milieux-santé et examiner la possibilité d'établir un échéancier pour les actions proposées. Ils ont souligné la nécessité de signaler la faiblesse de la coopération intersectorielle sur le terrain; de faire ressortir le lien qui existe entre la santé, la richesse et la pauvreté; de préciser les actions concrètes à mener par le groupe spécial; et de proposer que le ministère de la santé puisse coopérer, dans certains cas, avec les divers secteurs liés à la santé, sans nécessairement avoir besoin de créer un groupe spécial.

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

- a) Dans la section Contexte, au paragraphe 4, inclure un paragraphe distinct pour mettre les ministres au courant des activités de la Commission OMS des déterminants sociaux de la santé.
- b) Dans la section Enjeux et défis : au paragraphe 10 de la version française, remplacer *les plus riches* par *des plus riches* sur la deuxième ligne, et remplacer *les plus pauvres* par *des plus pauvres* sur la troisième ligne.
- c) Dans la section Activités proposées : au paragraphe 15, préciser les fonctions assignées au groupe spécial; au paragraphe 17 de la version française, remplacer *à la transformation* par *à la promotion*; au paragraphe 18, vérifier s'il est possible d'inclure «les groupes socialement handicapés»; au paragraphe 19, utiliser «mass média» au lieu de «média» et examiner la possibilité de mentionner le rôle du «secteur privé» et «les questions relatives à la médecine du travail»; au paragraphe 21, dernière phrase, s'arrêter après l'expression «déterminants sociaux de la santé»; reformuler le paragraphe 22 de la manière

suivante : «Il est demandé aux pays de mobiliser des ressources à l'extérieur pour les affecter à la mise en oeuvre ».

d) Dans la Conclusion, au paragraphe 24, barrer le mot «noter».

115. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs suggestions, et leur a donné l'assurance que leur contribution serait utilisée pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a également fourni des éclaircissements sur certaines questions posées au sujet du lieu d'implantation du groupe spécial; de l'actualisation des sites Web relatifs aux milieux de santé; des rapports qui existent entre la santé, la richesse et la pauvreté; et des actions intersectorielles en faveur de la santé.

116. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document ainsi amendé soit présenté au Comité régional pour adoption.

USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (doc. AFR/RC57/PSC/14)

117. Le Dr T. Agossou, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives». Celui-ci comprend les sections suivantes : contexte, situation et perspectives.

118. Le document définit l'usage nocif de l'alcool comme une consommation qui provoque ou favorise un préjudice physique ou psychologique, des troubles du jugement ou du comportement, pouvant entraîner une incapacité ou des problèmes entre individus. L'abus de l'alcool continue à augmenter dans la Région africaine, entraînant de graves conséquences sanitaires et sociales. L'absorption épisodique de grandes quantités d'alcool ou les «beuveries» constituent la principale caractéristique de la consommation.

119. Le document donne un aperçu de l'usage nocif de l'alcool dans la Région. Il indique que certains pays africains présentent des taux de consommation absolue par

habitant parmi les plus élevés au monde, les boissons traditionnelles constituant une dimension cachée des problèmes liés à la consommation d'alcool dans plusieurs pays; et qu'environ 50 % de la consommation n'est pas comptabilisée. Au titre des conséquences néfastes de l'usage de l'alcool, on peut citer l'adoption de comportements sexuels à haut risque, l'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

120. Les principaux problèmes relevés dans le document concernent la mondialisation et les techniques de commercialisation agressives de l'alcool; la disponibilité et l'accessibilité accrues des boissons alcooliques; et de nouvelles habitudes de consommation plus nocives. Bien que les boissons alcoolisées constituent une importante source d'emplois et de revenus pour les familles et les gouvernements, on ne peut cependant pas fermer les yeux sur les préjudices d'ordre sanitaire et d'ordre social et économique que l'alcoolisme cause à la société et qui exigent donc une réglementation.

121. Le document présente un certain nombre de perspectives. Les pays sont encouragés à reconnaître que l'usage nocif de l'alcool constitue un important problème de santé publique qui est lié aux traumatismes, au VIH, à la violence, aux situations de conflit et de sortie de conflit, aux inégalités sociales et à la pauvreté. Il faut poursuivre la recherche, évaluer correctement la situation et mettre au point des outils pour recueillir des informations sur la consommation d'alcool, et les préjudices liés à l'alcool, afin de rendre compte de la situation réelle qui prévaut dans les pays. La mise en place d'un système régional de surveillance est une action prioritaire pour que les décisions politiques soient fondées sur des bases factuelles. Les réseaux de surveillance existants devraient également bénéficier d'un appui.

122. Le document souligne qu'il est nécessaire de s'attaquer de manière globale et multisectorielle à l'accroissement constant de la consommation et aux problèmes liés à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Une conférence panafricaine régionale pourrait servir de base à ce processus. Il est indispensable d'élaborer une stratégie viable et à long terme pour s'attaquer efficacement à l'usage nocif de l'alcool.

123. Les membres du Sous-Comité du Programme ont salué ce document et ont formulé des observations générales. Ils ont exprimé des préoccupations au sujet du manque de données sur le problème dans la Région, et il a été recommandé que les pays soient encouragés à conduire des enquêtes en utilisant des méthodologies uniformisées, avec l'appui de l'OMS. La création d'un observatoire régional a également été proposé.

124. Il a été proposé que le document présente d'une manière plus agressive le problème et ses conséquences, en particulier chez les jeunes et les femmes. Il serait judicieux d'inclure également les causes sous-jacentes du problème, afin de s'attaquer plus efficacement à celui-ci. Il est également nécessaire d'ajouter un paragraphe sur les boissons alcoolisées de contrefaçon et de mauvaise qualité. Il faut aussi s'attaquer au problème de l'alcool sur la base d'une approche intégrée de la toxicomanie.

125. Les membres du Sous-Comité du Programme ont appelé à des discussions plus approfondies sur les intérêts conflictuels entre les effets nocifs de l'usage de l'alcool sur la santé et les recettes générées par les taxes sur l'alcool. Enfin, ils ont indiqué que la Conférence régionale proposée sur le problème est d'une très grande pertinence, dans la mesure où elle permettra d'accroître la sensibilisation et les interventions dans la Région. Les représentants de tous les secteurs devraient prendre part à une telle conférence.

126. Le Sous-Comité du Programme a recommandé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants : dans l'Analyse de la situation, au paragraphe 8, indiquer les principales maladies associées à la consommation d'alcool; la section Perspectives devrait être reformulée et devenir Rôles et responsabilités, pour guider les interventions dans les pays.

127. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions, et a indiqué que le document s'inspirait des discussions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. L'objet du document était d'encourager des discussions au niveau du Comité régional en vue de l'adoption d'une position africaine commune sur le sujet qui devrait figurer à l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif de janvier 2008 et à celui de l'Assemblée mondiale de

mai 2008. Le Secrétariat a ajouté que l'Organisation mondiale de la Santé fournira aux pays un appui pour la conduite d'une enquête mondiale sur l'alcool et la santé publique, afin d'améliorer les données factuelles au niveau des pays et des régions.

128. Le Directeur régional a souligné l'importance du problème dans la Région africaine et ses liens avec les comportements sociaux et culturels des individus. Il a insisté sur la nécessité de recueillir suffisamment d'informations sur le problème pour mieux éclairer les discussions au niveau mondial et préparer une stratégie régionale pour répondre à ce problème en 2008 après l'Assemblée mondiale de la Santé.

129. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour discussion.

**SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE :
PROGRÈS RÉALISÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL INTERGOUVERNEMENTAL
CHARGÉ DE FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉOLUTION WHA59.24
(document AFR/57/PSC/INF.DOC/1)**

130. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté un document d'information intitulé «Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24». Le document comprend les sections suivantes : contexte, progrès réalisés à ce jour, défis, et actions de suivi.

131. Le document signale qu'en 2004, l'OMS a chargé une commission indépendante d'analyser les rapports qui existent entre les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique. Le rapport contenait 60 recommandations et a été publié par cette commission en avril 2006. Il a conclu que les droits de propriété intellectuelle constituent des incitations importantes pour la mise au point de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies médicales, mais tel n'est pas le cas lorsque les populations malades sont peu nombreuses et démunies. Le Groupe de Travail intergouvernemental a été créé par la résolution WHA59.24 sur la Santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan

d'action mondiaux, afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de la Commission.

132. Aux termes de cette résolution, le Groupe de Travail intergouvernemental devait élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux visant à promouvoir la recherche-développement en santé axée sur les maladies touchant les pays en développement ; faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, sur les progrès accomplis, et présenter la version finale de la stratégie et du plan d'action mondiaux à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008.

133. Le Groupe de Travail intergouvernemental a tenu sa première réunion en décembre 2006, à laquelle ont participé une centaine de pays dont 24 États Membres de la Région africaine. Les participants à la réunion ont enrichi le projet de stratégie et de plan d'action qui sera présenté lors de la deuxième réunion du Groupe de travail intergouvernemental prévue en novembre 2007. Les États Membres ont soumis 32 contributions sur le projet de stratégie mondiale. Cinq pays de la Région (Afrique du Sud, Kenya, Lesotho, Madagascar et Ile Maurice) ont proposé onze experts devant participer à la réunion de novembre. Pour aider les pays à contribuer à l'avancement des travaux du Groupe de Travail intergouvernemental, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique organise une consultation régionale à Brazzaville en septembre 2007.

134. Les délégués ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré qui fournit les informations essentielles sur cette question complexe. Ils ont fait diverses observations d'ordre général pour améliorer le document. Ils ont estimé qu'il conviendrait de définir des termes de référence précis pour les pays africains et le Groupe de Travail intergouvernemental afin de garantir une participation active et d'aboutir à des plans tangibles et appropriés pour s'attaquer aux problèmes pertinents de santé publique, y compris les maladies négligées et les besoins des groupes vulnérables.

135. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné qu'il serait important de préciser les principales questions couvertes, afin de sensibiliser les ministres de la santé. Les discussions relatives à l'Accord de l'Organisation mondiale du Commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) devraient également porter sur l'accès des groupes vulnérables aux

innovations. Les pays africains devraient être informés de l'article 31 de l'ADPIC et de la Déclaration de Doha sur l'ADPIC et la santé publique, qui portent tous les deux sur la protection de la santé publique.

136. Le rôle des organisations régionales africaines de propriété intellectuelle (telles que l'Organisation africaine de la Propriété intellectuelle et l'*African Regional Intellectual Property Organization*) dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie mondiale devrait être indiqué dans le document; il conviendrait également d'examiner les moyens de protéger les nombreuses innovations émanant d'Afrique;

137. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur contribution, qui sera utilisée pour finaliser le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a informé les participants que la consultation régionale est en cours de préparation (les termes de référence et le document de base sont en train d'être mis en forme), et que bon nombre de pays devraient y participer avec des équipes multisectorielles.

138. En ce qui concerne les questions importantes qui doivent être portées à l'attention des ministres de la santé, le Secrétariat a insisté sur les deux résolutions déjà adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2006 et 2007, la déclaration conjointe signée par les Ministres africains de la Santé au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2007, et la déclaration présentée par le Kenya au nom des pays africains au cours de la session du Groupe de Travail intergouvernemental. Le Secrétariat a encouragé les États Membres à veiller à ce que les besoins sanitaires de l'Afrique soient convenablement pris en compte dans le plan d'action mondial.

139. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que ce document soit présenté au Comité régional pour qu'il en débatten.

RAPPORTS D'AUDIT INTERNE ET EXTERNE DE L'OMS : INCIDENCES POUR LA RÉGION AFRICAINE (AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)

140. M. S. E. Haarman, du Secrétariat, a présenté le document d'information intitulé « Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incidences pour la Région africaine ». Il a mis en évidence les principaux aspects que traite le rapport : contexte,

rappports d'audit interne, rappports d'audit externe, préoccupations et recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, mesures prises par le Bureau régional pour l'Afrique, et perspectives.

141. Il a rappelé qu'en 2006, quatre audits internes et trois audits externes ont été effectués au Bureau régional et dans quatre bureaux de pays de l'OMS. Il a déclaré que l'Afrique avait été mentionnée tout particulièrement à l'Assemblée mondiale à cause de l'inobservation des processus gestionnaires de l'OMS et d'incidents inacceptables. Le document a pour objet d'informer le Sous-comité du Programme et le Comité régional de la situation et des mesures prises pour y remédier. La plupart des problèmes recensés sont dus, entre autres, à de mauvais services bancaires et de voyage. Il a conclu en disant que le Directeur régional avait déjà commencé à prendre des mesures pour remédier à cet état de choses, y compris le recrutement et la formation d'un fonctionnaire du suivi chargé de suivre la mise à exécution des recommandations des rappports d'audit.

142. Le Sous-comité du Programme a noté qu'il n'était pas juste de mentionner uniquement la Région africaine. Les membres ont insisté sur la nécessité de disposer de capacités supplémentaires au lieu d'un seul fonctionnaire du suivi pour une tâche aussi complexe. De plus, il faudrait effectuer une analyse de situation relative aux procédures actuelles et utiliser les résultats pour l'élaboration d'un cadre d'application des procédures pour l'avenir. Par ailleurs, ils ont recommandé d'investir davantage dans l'intelligence économique afin de mettre en place des mécanismes et des processus permettant d'éviter les risques.

143. Le Sous-comité du Programme reconnaît qu'il sera difficile de rectifier la situation actuelle sans adopter une approche globale pour traiter de toutes ces questions, y compris les faiblesses des services bancaires de la Région.

144. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions. La direction du Bureau régional a déclaré qu'il était remédié aux problèmes identifiés.

RÉVISION DE LA COMPOSITION ET DU MANDAT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC57/PSC/12)

145. Le Directeur régional, Dr Luis Gomes Sambo, après avoir consulté les services juridiques de l'OMS, a présenté la proposition du Secrétariat sur la « Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme ». Le document comprend le contexte et d'autres sections sur les enjeux, les défis, l'expérience des autres régions de l'OMS, le nouveau mandat proposé, la composition et les réunions.

146. Le document rappelle la création du Sous-Comité du Budget en 1975 et son évolution au fil des ans pour aboutir au Sous-Comité du Programme. Le Sous-Comité fournit, sous forme de rapports, des conseils concis et informatifs qui sont utiles au Comité régional dans la prise de décisions. Toutefois, le Sous-Comité du Programme a récemment fait face à des défis tels que le nombre croissant de points inscrits à l'ordre du jour et la représentation inadéquate des États Membres. Pour répondre à ces défis et en tenant compte de l'expérience des autres régions de l'OMS, il était nécessaire de réviser le mandat et la composition du Sous-Comité du Programme pour lui permettre d'améliorer son rôle dans les délibérations du Comité régional.

147. Le document propose le mandat révisé suivant pour le Sous-Comité du Programme :

- a) Examiner et proposer au Directeur régional l'ordre du jour provisoire du Comité régional;
- b) Conseiller le Directeur régional sur les questions dont l'importance exige qu'elles soient examinées par le Comité régional;
- c) Conseiller le Directeur régional sur les propositions de désignation des États Membres à considérer par le Comité régional, quand la Région est appelée à nommer les États Membres devant siéger au sein des différents conseils et comités;
- d) Examiner les questions liées au Programme général de travail, au Plan stratégique à moyen terme, à la politique de la santé pour tous à l'échelle

mondiale et aux politiques régionales de santé, avant qu'elles ne soient examinées par le Comité régional;

- e) Examiner le budget programme, stratégies régionales, rapports techniques et résolutions proposés par le Directeur régional;
- f) Recommander au Comité régional les ressources additionnelles requises par le Bureau régional et proposer un mécanisme permettant aux États Membres de fournir un financement supplémentaire pour la mise en œuvre des résolutions prises par le Comité régional;
- g) Proposer au Comité régional tout travail ou toute recherche additionnels sur les questions de santé qui, de l'avis du Sous-Comité du Programme, contribueraient à la mission de l'Organisation dans la Région;
- h) S'acquitter de toutes autres fonctions qui pourraient lui être confiées par le Comité régional;
- i) Conseiller le Directeur régional, le cas échéant, entre les sessions du Comité régional.

148. S'agissant de la composition et des réunions, le Sous-Comité du Programme sera composé de seize (16) représentants des États Membres. En outre, trois (3) membres du Conseil exécutif de la Région africaine participeront aux réunions du Sous-Comité du Programme. Les membres seront désignés par rotation suivant l'ordre alphabétique anglais. Le Directeur régional peut inviter des experts. Il réunira le Sous-Comité du Programme au moins une fois par an pour une durée ne dépassant pas cinq (5) jours ouvrables.

149. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document conceptuel et fait des observations d'ordre général. Ils ont déclaré qu'il y avait de bonnes raisons d'élargir le mandat et la composition du Sous-Comité du Programme pour renforcer les travaux du Comité régional. Ils ont fait observer qu'il était nécessaire de justifier l'augmentation du nombre de membres du Sous-Comité du Programme qui passe de 12 à 16. Il a été suggéré de remplacer à la fin du

paragraphe 14 «techniquement qualifié et occuper un poste de directeur» par «techniquement qualifié et occuper un poste de haut responsable».

150. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et leurs suggestions qui seront utilisées pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(document AFR/RC57/PSC/15)

151. 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

152. Le Sous-Comité 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, le Président présenterait la partie du rapport concernée.

153. La répartition des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional a été la suivante :

a) Dr Potougnima Tchamdja (Président) : points suivants de l'ordre du jour :

- 7.1 Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives.
- 7.2 Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.
- 7.3 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives;

- 7.4 Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS;
- b) Professeur Khireddine Khelfat (Rapporteur de langue française) : points suivants de l'ordre du jour :
- 7.5 Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.
- 7.6 Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités
- 7.7 Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives;
- 7.8 Budget Programme de l'OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine de l'OMS.
- c) Dr André Bernard Valentin (Rapporteur de langue anglaise) : points suivants de l'ordre du jour :
- 7.9 Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS.
- 7.10 Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme
- 7.11 Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS

d) Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz (Rapporteur de langue portugaise):
points suivants de l'ordre du jour :

7.12 Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives

7.13 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24.

7.14 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incidences pour la Région africaine.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

154. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur diligence, la haute qualité de leurs discussions et leur participation active aux délibérations. Il a également remercié le Secrétariat pour les documents bien articulés et la facilitation globale des travaux, de même que les interprètes pour la facilitation de la communication. Il a en outre reconnu le précieux appui fourni par le Directeur, Gestion du Programme, et les Directeurs de Division aux travaux du Sous-Comité du Programme. Il a exprimé sa gratitude au Directeur régional pour avoir créé un environnement favorable au Bureau régional et donné des indications et orientations aux moments opportuns.

155. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional a remercié le Président pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion. Il a félicité les membres du Sous-Comité du Programme pour la haute qualité des discussions techniques et pour leurs suggestions qui visent à améliorer les documents du Comité régional. Il a formulé l'espoir qu'une fois les documents révisés examinés et adoptés par le Comité régional, les gouvernements et les autres partenaires du développement sanitaire s'empresseront de mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées, afin de garantir un impact positif sur l'état de santé des populations de la Région africaine. Il a également formulé l'espoir que les membres du Sous-Comité du Programme partageront les résultats de la réunion avec leurs

ministres de la santé. Le Directeur régional a souhaité à tous les participants un bon voyage de retour dans leurs pays respectifs.

156. 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.

157. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

LISTE DES PARTICIPANTS

AFRIQUE DU SUD

Dr Yogan Pillay
Chief Director
P/Bag x818
Pretoria

ALGÉRIE

Prof. Khireddine Khelfat
Conseiller auprès du Ministre
de la Santé, de la Population et de
la Réforme hospitalière, Alger

ANGOLA

Dr Elsa Maria da Conceicao Ambriz
Médica Ginecologista/obstetra, Luanda

BÉNIN

Dr Benoit G. Honoré Faïhun
Secrétaire général du Ministère
de la Santé, Bénin

KENYA

Dr Nathan Mugisha*
Director Health Services (Clinical &
Community)

OUGANDA

Dr Samuel Zaramba Musa
Director General of Health Services
Ministry of Health, Kampala

SEYCHELLES

Dr Bernard Valentin
Special Advisor to the Minister
P.O. Box 52, Mahe

SIERRA LEONE

Dr Prince Albert T. Roberts
Deputy Chief Medical Office – PHC
Ministry of Health and Sanitation
4th Floor, Youyi Building, Brookfields
Freetown

* N'a pas pu participer.

SWAZILAND

Dr S. V. Magagula
Deputy Director of Health – Clinical,
P.O. Box 5
Mbabane

TANZANIE

Dr Zachary A. Berege
Director of Hospital Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083
Dar-es-Salaam

TOGO

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé,
BP 336
Lomé

ZAMBIE

Dr Victor M. Mukonka
Director Public Health & Research,
Ministry of Health,
P.O. Box 32588
Lusaka

ZIMBABWE

Dr Stanley M. Midzi
Deputy, Director Disease Prevention
and Control,
Ministry of Health and Child Welfare,
Box CY 1122
Harare

MEMBRES DU CONSEIL EXÉCUTIF

Dr Sidy Diallo*
Suppléant au E.B.
Mali

Dr S. Tornorlah Varpilah*
Deputy Ministry for Planning Research
and Development
Liberia

COMITÉ CONSULTATIF AFRICAIN POUR LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT SANITAIRES

Dr Sylvain Shunker Manraj*
Maurice

* 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/RC57/PSC/1)
4. Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/3)
5. Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)
6. Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/5)
7. Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/6)
8. Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/7)
9. Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités (document AFR/RC57/PSC/8)
10. Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/9)
11. Budget Programme de l'OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/10)
12. Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/11)
13. Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/12)

14. Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/13)
15. Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC57/PSC/14)
16. Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incidences pour la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)
17. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24 (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/1)
18. Examen des projets de résolution
19. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/15)
20. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
21. Clôture de la réunion.

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 19 JUIN 2007

10 h00 – 10h10	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
10h10 – 10h20	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h20 – 10h30	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC57/PSC/1)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 12h30	Point 4 de l'ordre du jour	Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	Point 5 de l'ordre du jour	Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)
15h30 – 17h00	Point 6 de l'ordre du jour	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/5)

17h00 – 17h30 **Point 7 de l'ordre du jour** Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC57/PSC/6)

2^{ème} JOUR : MERCREDI 20 JUIN 2007

9h00 – 10h00 **Point 8 de l'ordre du jour** Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC57/PSC/7)

10h00 – 10h30 *Pause-café*

10h30 – 11h30 **Point 9 de l'ordre du jour** Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités
(document AFR/RC57/PSC/8)

11h30 – 13h00 **Point 10 de l'ordre du jour** Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives
(document AFR/RC57/PSC/9)

13h00 – 14h00 *Pause-déjeuner*

14h00 – 15h30 **Point 12 de l'ordre du jour** Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC57/PSC/11)

15h30 – 16h45 **Point 13 de l'ordre du jour** Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme
(document AFR/RC57/PSC/12)

17h00 *Cocktail*

3^{ème} JOUR : JEUDI 21 JUIN 2007

9h00 – 10h00	Point 11 de l'ordre du jour	Budget Programme de l'OMS POUR 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/10)
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 – 11h30	Point 14 de l'ordre du jour	Déterminant sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action inter-sectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/13)
11h30 – 13h00	Point 15 de l'ordre du jour	Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/14)
13h00 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 15h30	Point 16 de l'ordre du jour	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incident pour la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)

15h30 – 16h30	Point 17 de l'ordre du jour	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24 (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/1)
16h30 – 16h45	<i>Pause-café</i>	
16h45 – 17h15	Point 13 de l'ordre du jour	Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/12) (suite)

4^{ème} JOUR : VENDREDI 22 JUIN 2007

8h30 – 9h30	Point 18 de l'ordre du jour	Examen des projets de résolutions
9h30 – 10h00	<i>Pause-café</i>	
10h00 – 11h00	Point 19 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/15)
11h00 – 11h30	Point 20 de l'ordre du jour	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	Point 21 de l'ordre du jour	Clôture de la réunion

RAPPORT DE LA TABLE RONDE**Prévention et lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS**

1. La table ronde sur la prévention et lutte anticancéreuses dans la Région africaine de l'OMS s'est tenue le 30 août 2007 sous la présidence du Dr Anastacio Ruben Sicato, Ministre de la Santé de l'Angola. Dans son allocution liminaire, le président a déclaré que le thème de la discussion était à la fois pertinent et d'actualité, compte tenu de la charge du cancer en Afrique subsaharienne. Si rien n'est fait, on prévoit que d'ici 2020, le nombre des cas nouveaux de cancer doublera et celui des décès augmentera de 50%.
2. Les principaux facteurs de risque pour le cancer sont des maladies comme l'hépatite, le VIH/sida ou la schistosomiase, le tabagisme, la pollution de l'environnement, une mauvaise alimentation, la consommation excessive d'alcool, le vieillissement, et le manque d'exercice physique. La prévention constitue souvent la stratégie de lutte la plus rentable à long terme contre le cancer, et est reconnue comme un instrument majeur de la lutte anticancéreuse.
3. Le Président a déclaré que la majorité des pays ne disposent ni de politiques de lutte contre le cancer, ni de programmes nationaux complets de prévention et de lutte. Dans la plupart des pays, les données sur les cas de cancer sont lacunaires, voire inexistantes, et les infrastructures, les installations et les ressources humaines nécessaires font défaut. Le Président a défini la lutte anticancéreuse comme suit : action de santé publique destinée à réduire l'incidence et la mortalité cancéreuses et à améliorer la qualité de la vie des malades grâce à la mise en œuvre systématique de stratégies scientifiquement fondées de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs.
4. Des experts du Siège de l'OMS, de l'Union internationale contre le cancer (UICC), de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et de l'Ocean Road Cancer Institute (Tanzanie) ont exposé les problèmes et les enjeux de la lutte anticancéreuse. Ils ont attiré l'attention sur le Plan d'action mondial de l'OMS contre le cancer, le Programme d'action en faveur de la cancérothérapie (PACT), les activités

de l'UICC et huit interventions clés pour lutter contre le cancer dans la Région africaine.

5. Les participants ont adopté l'ordre du jour.

6. Ils ont noté que l'on considère de plus en plus le cancer comme un problème de santé publique dans la Région africaine. La lutte anticancéreuse devrait figurer en bonne place dans les programmes de santé de tous les pays de la Région. Toutefois, dans la majorité d'entre eux, le travail de sensibilisation qui s'impose est effectué par des ONG, alors que ce serait aux gouvernements de prendre l'initiative.

7. S'agissant des meilleures approches pour sensibiliser l'opinion, les participants ont mentionné les points essentiels suivants :

- a) Les pays devraient se doter de systèmes de surveillance fiables et durables.
- b) La lutte anticancéreuse devrait figurer en bonne place dans le programme mondial de santé.
- c) Des actions de marketing social s'imposent pour mieux sensibiliser l'opinion.
- d) Les synergies entre les parties prenantes devraient être mises à profit.
- e) Des services de lutte anticancéreuse devraient être mis en place pour répondre à la demande croissante ; ils devraient être intégrés dans les soins de santé primaires.
- f) L'appui des ONG, des institutions internationales bilatérales et multilatérales, ainsi qu'un engagement politique au plus haut niveau sont requis.
- g) Les États Membres sont exhortés à célébrer tous les ans la Journée mondiale du cancer (le 4 février) ; ils devraient saisir d'autres occasions similaires pour sensibiliser le public.
- h) La prévention primaire devrait être une composante intégrale de tous les plans nationaux de lutte anticancéreuse.

8. Diverses recommandations ont été faites sur la manière dont les pays peuvent mettre en place des programmes complets de lutte anticancéreuse. Il s'agit des recommandations suivantes :

- a) Les pays devraient mettre en route des plans nationaux de lutte anticancéreuse basés sur les lignes directrices de l'OMS, adaptées à la situation locale.
 - b) La mise en œuvre du plan devrait se faire par étapes, à mesure que les ressources le permettent.
 - c) La tenue de registres du cancer fait partie intégrante du plan national de lutte anticancéreuse.
 - d) Toutes les parties prenantes nationales devraient participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan national de lutte anticancéreuse.
 - e) Il convient de mettre en commun les meilleures pratiques et les stratégies d'un bon rapport coût-efficacité.
 - f) Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est exhorté à mettre au point des stratégies de lutte anticancéreuse pour l'Afrique sur le modèle du Plan d'action mondial de l'OMS contre le cancer.
9. Tous les délégués sont convenus que l'Afrique ne peut à elle seule lutter contre le cancer, et que la collaboration de toutes les parties prenantes est nécessaire pour :
- a) Établir des centres d'excellence pour toutes les composantes de la lutte anticancéreuse.
 - b) Renforcer les capacités de tous les personnels chargés de la prévention et de la lutte anticancéreuse.
 - c) Établir un réseau de centres du cancer.

ANNEXE 6

RAPPORT DE LA DISCUSSION DE GROUPE

Le rôle des communautés dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Contexte

1. En Afrique, on peut prévenir la plupart des causes de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile à l'aide d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité qui existent déjà. Mais il demeure difficile d'assurer le recours et l'accès universels aux interventions clés. Les mères et les enfants continuent à mourir à cause des trois retards qui interviennent dans *la recherche* de soins appropriés, *l'accès* aux formations sanitaires et *la prise en charge* au sein de ces formations.
2. Il ressort de l'expérience acquise dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) que la responsabilisation des communautés et leur participation à des interventions à base communautaire dont elles se sentent parties prenantes sont indispensables pour accroître le recours et l'accès aux services de santé. Il faut par conséquent que les communautés soient associées à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services de santé à base communautaire.
3. Les interventions à base communautaire destinées à accroître l'accès aux services de SMNI constituent un élément essentiel de la « Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale ». Cette feuille de route a été consacrée comme la stratégie régionale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales par la résolution AFR/RC54/R9. La Stratégie régionale pour la survie de l'enfant a été proposée par la résolution AFR/RC56/R2.
4. Conscient de la nécessité d'améliorer l'accès aux services de SMNI, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a organisé une discussion de groupe sur le rôle de la communauté dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de

l'enfant au sein de la Région africaine de l'OMS lors de la 57^{ème} session du Comité régional.

Objectifs

5. L'objectif général de cette discussion de groupe était de permettre un échange des expériences et enseignements tirés des efforts déployés pour améliorer la SMNI par l'action des communautés. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- a) déterminer les principales actions à mener au niveau des communautés pour que les populations puissent accéder aux services de SMNI et les utiliser en temps voulu;
- b) définir les possibilités et les moyens d'accélérer la mise en œuvre d'interventions communautaires d'un bon rapport coût-efficacité en matière de SMNI;
- c) recommander aux États Membres les mesures à prendre pour améliorer la SMNI grâce à des actions communautaires.

Travaux

6. Le Professeur Sheila Dinotshe Tlou, Ministre de la Santé du Botswana, a présidé la session et quatre experts ont présenté des exposés sur les sujets suivants : 1) *Renforcement de l'interaction et des liens entre les formations sanitaires et les communautés*; 2) *Surmonter les traditions, les cultures et les croyances pour améliorer la SMNI au niveau des communautés*; 3) *Contribution du secteur privé au niveau communautaire*; et 4) *Préparation à la naissance*.

7. À la fin des exposés, les participants ont posé des questions et fait des observations pertinentes sur le rôle de la communauté dans l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans la Région africaine. Les points clés suivants ont été soulevés :

- a) Les coutumes culturelles et traditionnelles se rapportant aux soins pré-natals, à l'accouchement et aux soins post-natals influent sur la façon dont la communauté perçoit et utilise les services de santé. C'est pourquoi le système de santé doit davantage prendre en compte les questions socio-culturelles pour répondre aux besoins de la communauté et améliorer la SMNI.
- b) L'accessibilité, le coût et l'acceptabilité pour les communautés des services de SMNI continuent de poser problème dans la Région.
- c) Le financement des services de SMNI dans les communautés est insuffisant et souvent tributaire de ressources extérieures. En conséquence, la viabilité des programmes exécutés au niveau communautaire est menacée par l'insuffisance des ressources locales.
- d) Les organisations non gouvernementales qui travaillent au sein des structures gouvernementales peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion et la mise en œuvre des programmes de SMNI en renforçant les capacités, et notamment les institutions.
- e) Si des interventions à base communautaire sont essentielles pour améliorer la SMNI, des liens solides avec un système de santé fonctionnel sont indispensables pour la viabilité et de meilleures issues sanitaires.
- f) Il sera impossible d'atteindre les résultats escomptés si l'on ne parvient pas à exécuter à plus grande échelle les initiatives communautaires de SMNI qui se sont révélées fructueuses.

RECOMMANDATIONS

Les participants sont convenus de formuler les recommandations suivantes :

- a) Il faudrait promouvoir des recherches pour mieux comprendre les contextes socio-culturels et prendre des mesures appropriées susceptibles de conduire à une amélioration de la SMNI.

- b) Il faudrait officialiser et institutionnaliser les services de santé communautaires et la formation de leur personnel pour en assurer la pérennité.
- c) Les États Membres devraient investir davantage dans la SMNI pour garantir un développement socio-économique durable et affecter des ressources locales accrues aux interventions exécutées au niveau de la communauté pour obtenir de meilleurs résultats.
- d) Les partenariats existant aux niveaux national et mondial devraient être renforcés pour que la SMNI bénéficie de ressources adéquates.
- e) Pour s'assurer que la santé maternelle et infantile est envisagée comme un tout, l'OMS devrait organiser des discussions sur la santé sexuelle et génésique à l'occasion de sessions du Comité régional ou de l'Assemblée mondiale de la Santé.

ANNEXE 7

ALLOCUTION DE MADAME EMILIENNE RAOUL, MINISTRE DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE

Monsieur le Premier Ministre, Représentant son Excellence Monsieur le Président de la République du Congo,
Madame Margaret CHAN, Directrice générale de l'OMS,
Monsieur le Représentant du Président de la Commission de l'Union africaine,
Monsieur le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,
Monsieur le Président de la 56^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Ministre de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Mesdames, Messieurs les Ministres des États Membres de la Région africaine de l'OMS, et les Chefs de délégation,
Excellences Mesdames, Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Mesdames, Messieurs les Membres des corps constitués,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Agences du Système des Nations Unies,
Monsieur le Préfet du Département de Brazzaville,
Monsieur le Maire de la ville de Brazzaville,
Distingués invités,
Mesdames, Messieurs.

Tout d'abord, permettez-moi de m'acquitter d'un agréable devoir, celui de souhaiter la bienvenue à Brazzaville, aux éminents défenseurs de « la santé pour tous », qui sont venus prendre part à la 57^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

En effet, chaque jour notre devoir est de hisser le plus haut possible le niveau de santé des femmes, des hommes et des enfants de nos États.

Certes, nous avons enregistré quelques progrès, cependant, les défis à relever sont encore nombreux, parmi lesquels, le renforcement des systèmes nationaux de santé, la lutte contre la maladie.

Aussi, les populations africaines ont-elles en ce moment le regard tourné vers nous, vers ce grand rassemblement de Ministres africains de la santé qui auront la lourde charge de prendre des décisions pour le bien-être des peuples afin d'assurer un développement durable du continent.

Mesdames, Messieurs les Ministres et Chefs de Délégations,
Distingués invités,

L'examen des priorités majeures de santé publique, inscrites à l'ordre du jour de la présente session du Comité régional, revêt une grande importance. Nous devons en effet apprécier l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des approches stratégiques et des interventions essentielles requises, en vue de l'atteinte des objectifs sanitaires nationaux et ceux du Millénaire pour le développement.

À ce propos, je voudrais saisir cette occasion pour rendre, au nom de tous, un vibrant hommage au Dr Margaret CHAN, Directrice générale de l'OMS, et au Dr Luis Gomes SAMBO, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour leur engagement auprès de nos États dans la mise en œuvre des recommandations de l'Assemblée générale de l'OMS et des résolutions du Comité régional.

Je ne saurais terminer mon propos, sans exprimer, une fois de plus au nom de tous, notre gratitude aux partenaires au développement, à travers leurs éminents représentants ici présents, et les remercier pour l'appui déterminant qu'ils n'ont cessé de nous apporter pour l'amélioration de la santé de nos populations.

Je souhaite à toutes les délégations un séjour agréable à Brazzaville.

Je vous remercie.

ANNEXE 8

ALLOCUTION DU DR TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS, MINISTRE DE LA SANTÉ DE L'ÉTHIOPIE, PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Excellence Monsieur Isidore Mvouba, Premier Ministre de la République du Congo,
Excellence Dr. Margaret Chan, Directeur général de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Madame Gawanas, Commissaire chargée des affaires sociales à l'Union africaine,
Dr. Luis Gomes Sambo, Directeur régional, Région africaine de l'OMS,
Mesdames et Messieurs,

J'aimerais d'abord exprimer ma sincère gratitude pour l'accueil chaleureux et l'hospitalité dont ma délégation et moi-même avons bénéficié depuis notre arrivée à Brazzaville.

La 57^{ème} session du Comité régional est la première à laquelle assiste le Dr. Margaret Chan depuis son élection au poste de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, et je saisis cette occasion pour la féliciter à cet effet. J'aimerais également lui exprimer ma sincère reconnaissance parce qu'elle place l'Afrique au premier rang de ses priorités.

Madame le Directeur général, mes collègues et moi vous souhaitons plein succès dans votre tâche et réitérons que nous sommes prêts à vous apporter notre entier soutien.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Le VIH/sida demeure un problème de santé majeur en Afrique au Sud du Sahara, avec 24,7 millions de personnes atteintes sur 39,5 millions dans le monde. Des résultats encourageants ont été obtenus dans bon nombre de pays, en termes d'expansion rapide des services de prévention, de traitement et de soins, depuis le

début du soutien apporté par le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR), le Fonds mondial, la Banque mondiale et d'autres partenaires. Il y a quelques années, seules quelques centaines de personnes bénéficiaient d'un traitement gratuit aux ARV, contre 1,1 million aujourd'hui. J'aimerais également louer l'appel récent lancé par le PEPFAR pour doubler ses ressources, et j'exprime ma gratitude au peuple américain pour cela, ainsi que pour l'engagement dont il a fait preuve jusqu'à présent. Toutefois, à mesure qu'approche 2008 – qui marquera la fin des 5 premières années de PEPFAR – l'on se préoccupe du niveau des ressources qui seront disponibles au-delà de cette date. S'il n'y a pas d'indication rapide et claire du montant de ces ressources, il est à craindre que les partenaires n'agissent pas avec la promptitude souhaitée pour fournir les services si nécessaires pour sauver des vies.

L'augmentation des ressources allouées en mai 2007 et disponibles en ce moment pour 2008 appelle à une amélioration en rapidité, en volume et en qualité des soins fournis aux populations, et nous espérons maintenir le rythme acquis au fil des prochaines années, avec l'appui approprié du PEPFAR. Ce rythme sera accru en 2008, si nous savons à quoi nous attendre après 2008. Je lance par conséquent un appel à tous ceux qui sont concernés pour qu'ils prennent des mesures opportunes afin de maintenir l'élan et même de l'amplifier davantage.

Le paludisme demeure la principale cause de morbidité et de mortalité. Cependant, certains pays du continent, qui ont mis en œuvre une stratégie intégrée de lutte contre le paludisme et rapidement intensifié leurs activités en la matière, enregistrent des progrès significatifs dans la lutte antipaludique. Au cas où les efforts de l'ensemble du continent seraient rapidement intensifiés, il n'y aurait pas de raison que le paludisme continue d'être un problème majeur de santé publique en Afrique. La stratégie continentale d'élimination du paludisme, adoptée en Afrique du Sud, ne peut se concrétiser que si nous prenons l'engagement d'intensifier massivement la lutte, en termes de vitesse et de volume. Les pays qui ont enregistré des progrès ont très bien réussi à assurer l'équilibre entre la vitesse, le volume et la qualité. Si cela pouvait se faire à l'échelle du continent, en considérant l'Afrique comme une grande île, l'élimination du paludisme serait alors possible. Bon nombre de personnes ont des réserves quant à l'élimination du paludisme, en raison de l'échec du programme d'éradication de cette maladie dans les années 60. Mais la situation est différente aujourd'hui dans la mesure où : un grand nombre de pays endémiques font preuve

de beaucoup d'engagement, des outils simples et améliorés sont disponibles et la communauté internationale apporte un soutien sans précédent. Par conséquent, l'élimination du paludisme sur le continent semble plus réalisable que jamais et nous devons saisir cette occasion qui se présente.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

La santé maternelle et infantile est également un domaine d'intérêt pour bon nombre de pays au sein du continent. Toutefois, par rapport au paludisme, au VIH/sida et à la tuberculose, le niveau de financement des programmes est faible. Les succès enregistrés grâce aux programmes convenablement financés ne peuvent être significatifs si une attention équilibrée n'est pas accordée à tous les principaux domaines d'intervention. Par ailleurs, comme convenu à plusieurs occasions, si nos systèmes de santé ne sont pas renforcés, nous ne pourrions mettre en place et maintenir des interventions dans les principaux programmes. Par conséquent, l'affectation des ressources au niveau national et international devrait être aussi équilibrée que possible pour couvrir aussi bien les programmes que leur véhicule – les systèmes de santé. La mise en œuvre des principes d'harmonisation conformément à la Déclaration de Paris et l'attention accordée au renforcement des systèmes de santé constituent la réponse à cette question.

La nouvelle opportunité offerte par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) en matière de renforcement des systèmes de santé est un atout supplémentaire dans la bonne direction et nous remercions la GAVI pour cette mesure plus qu'essentielle.

En ce qui concerne le consensus obtenu à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé à Genève, visant à adresser une lettre à la présidence du G8 pour exprimer notre préoccupation quant au soutien équilibré à apporter à l'ensemble du système de santé, je suis heureux de vous informer que nous avons reçu une réponse positive et copie en a été envoyée à vos différentes institutions.

La nouvelle initiative d'accès à la santé lancée par le Royaume-Uni, en partenariat avec bon nombre de partenaires internationaux, si je ne m'abuse, constitue également un signal positif dans l'amélioration de l'harmonisation en vue du renforcement et de la mise au point de plans conçus et conduits par les pays pour atteindre les OMD liés à la santé. Cette initiative sera officiellement lancée au cours d'une réunion qui se tiendra au Royaume-Uni la semaine prochaine, le 5 septembre 2007. Les partenaires devraient prendre les engagements suivants :

1. travailler de concert et avec plus d'efficacité pour améliorer les soins de santé et les résultats de santé, et relever les défis auxquels font face les systèmes de santé dirigés par les gouvernements nationaux;
2. renforcer et utiliser les systèmes existants dans les pays en termes de planification, de coordination et de gestion du secteur de la santé. Adopter les plans nationaux comme base pour la fourniture des financements et éviter d'introduire de nouveaux plans et projets non conformes aux plans nationaux de santé; et
3. promouvoir la responsabilité mutuelle.

Juste quelques parties du document seront signées, mais il contient des engagements plus spécifiques. Nous remercions les partenaires qui participent à cette initiative et nous attendons à des résultats pratiques significatifs dans l'amélioration de l'harmonisation.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

L'Éthiopie fait son entrée dans le nouveau millénaire (2000) le 12 septembre – dans moins de 20 jours – et l'Union africaine a adopté le millénaire éthiopien comme millénaire africain. Je saisis cette occasion pour vous inviter à vous joindre à nous en Éthiopie. Pour ceux d'entre vous qui ne pourra pas vous rendre en Éthiopie pendant cette période, je vous invite à célébrer le millénaire africain partout où vous serez, en plantant chacun deux arbres pour sauver notre continent et le monde.

Pour terminer, j'aimerais vous remercier, Mesdames et Messieurs les Ministres, ainsi que le Dr Sambo, le Directeur régional et son équipe, pour le soutien que vous nous avez apporté au cours de l'année qui vient de s'écouler.

Je vous souhaite plein succès dans vos travaux.

Merci de votre aimable attention.

**DISCOURS DU DR LUIS G. SAMBO,
DIRECTEUR RÉGIONAL**

Excellence M. Isidore Mvouba, Premier Ministre chargé de la Coordination de l'Action du Gouvernement et des Privatisations de la République du Congo et Représentant du Chef de l'État;

Excellence M. Le Ministre de la Santé de la République d'Éthiopie et Président de la 56^{ème} session du Comité régional;

Excellences Mesdames et Messieurs les membres du Gouvernement de la République du Congo;

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs des délégations des États Membres de la région africaine de l'OMS;

Madame la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé;

M. le Directeur régional de l'UNICEF;

Madame la représentante de l'Union africaine;

Mesdames et Messieurs les Chefs de Missions diplomatiques et consulaires accrédités en République du Congo;

Monsieur le Coordonateur du Système des Nations Unies et Mesdames et Messieurs les Représentants des Agences du Système des Nations Unies au Congo;

Représentants des Agences de coopération bilatérale et multilatérales invités en tant qu'observateurs;

Distingués délégués;

Chers collègues;

Mesdames et Messieurs;

C'est pour moi un immense plaisir de vous souhaiter la bienvenue à cette séance d'ouverture de la 57^{ème} session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Mes premiers mots vont aux autorités nationales de la République du Congo pour exprimer notre profonde gratitude pour le précieux concours apporté à l'organisation de la présente session. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance à

vous, Excellence M. le Premier Ministre, pour votre présence parmi nous, en qualité de représentant du Chef de l'État.

Je voudrais, avec votre permission, saluer la présence du Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS qui participe pour la première fois en cette qualité aux travaux du Comité régional, depuis sa brillante élection à la tête de l'Organisation.

Elle nous avait fait l'honneur, il y a quelques mois, de consacrer sa première visite aux Régions à notre Bureau régional, à Brazzaville. Visite pendant laquelle elle a laissé un signal fort de sa détermination d'accorder sa priorité à la santé en Afrique.

Sous son leadership, les rapports de travail entre le Siège et le Bureau régional ont atteint un niveau d'excellence que nous devons reconnaître et saluer.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués invités,

Renforcement de l'appui de l'OMS aux pays

Les réformes du Bureau régional qui ont été initiées commencent à produire des résultats tangibles. En effet, les équipes interpays fonctionnelles sont devenues une réalité. Je voudrais remercier les Chefs d'État du Burkina Faso, du Gabon et du Zimbabwe, ainsi que les Ministres de la Santé de ces pays pour l'appui multiforme qu'ils ont apporté afin d'établir et de rendre ces équipes opérationnelles.

Nous avons également poursuivi la décentralisation budgétaire accompagnée d'une plus grande délégation d'autorité aux Directeurs des Divisions du Bureau régional et aux Représentants de l'OMS dans les pays.

Ces changements doivent nous mener à la consolidation d'une gestion plus efficiente et basée sur les résultats.

Extension des partenariats pour la santé

La poursuite des objectifs de santé du Millénaire implique une meilleure gestion des ressources actuellement allouées à la santé, mais aussi une augmentation de celles-ci en vue d'une mise à échelle des interventions de santé publique qui ont fait la preuve de leur efficacité. À cet effet, les gouvernements, leurs partenaires et les populations sont appelés à coordonner leurs efforts.

Nous reconnaissons l'importance du partenariat en tant qu'élément central de notre action. Un nombre important de partenaires sont en négociation avec l'OMS pour rendre opérationnels les principes directeurs énoncés dans la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'alignement en faveur des pays, notamment pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la Santé.

Avec l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et la Banque africaine de développement nous avons créé, un mécanisme systématique de concertation pour harmoniser nos stratégies et nos interventions en appui au développement sanitaire des pays.

Dans le cadre du partenariat bilatéral, nous saluons la coopération fructueuse avec le Gouvernement des États-Unis et ses agences de coopération, à savoir l'USAID et le CDC, de même qu'avec l'Agence britannique de développement international (DIFID), la France, la Norvège, le Canada, le Portugal et d'autres partenaires qui contribuent à l'augmentation des ressources destinées au renforcement des capacités du secteur de la santé dans les pays de la Région.

Concernant les organisations et les institutions africaines, nous avons renforcé notre coopération avec l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique et les Communautés économiques régionales.

Nous saluons l'adoption par la 3^{ème} session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine de la « *la stratégie africaine de santé : 2007 – 2015* ». Nous apporterons notre meilleur appui à l'Union africaine et aux États Membres ici présents pour sa mise en œuvre.

Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Honorables Invités,

Politiques et systèmes de santé

Dans les domaines de la formulation des politiques nationales de santé et de l'élaboration de plans de développement sanitaire des progrès notables ont été enregistrés par les pays.

Néanmoins nous devons améliorer la performance des systèmes de santé pour faire face au contexte changeant et aux défis émergents.

Concernant les ressources humaines pour la Santé, 36 pays de la Région africaine sont considérés en crise. Le débat sur cette crise se poursuit et des démarches en vue d'atténuer ses effets ne semblent pas produire les résultats escomptés. Les Gouvernements pourraient accorder une attention accrue aux questions ayant trait à la motivation du personnel, aux actions visant leur fixation au niveau requis de la pyramide sanitaire, et l'adoption de politiques et de plans de ressources humaines répondant à leurs besoins normatifs. Le partenariat international pourrait apporter les ressources additionnelles nécessaires à la formation de cadres de santé en vue de compenser la perte due à la fuite de cerveaux.

S'agissant du niveau de financement de la santé par les budgets nationaux, il me plaît d'observer que dans la moitié des pays de la Région il se situe entre 10 et 15 %. En outre, je note que 10 pays de la Région ont pu satisfaire à la recommandation de la Commission Macroéconomie et Santé invitant les pays à dépenser entre 30 et 40 dollars américains pour la *santé par habitant et par an*.

Pour répondre à la problématique de l'accès aux médicaments de qualité, le Bureau régional et ses partenaires ont fourni un appui technique et financier aux communautés économiques sous-régionales afin d'harmoniser leurs politiques et réglementations pharmaceutiques et mettre en œuvre leurs plans d'action.

En avril 2008, l'OMS organisera une conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, dans le but de tirer les leçons de trente ans de mise en œuvre des SSP et d'identifier des approches novatrices permettant la mise à échelle des interventions prioritaires visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles

La pandémie de VIH/sida continue d'être une source de préoccupation même si, à certains égards, quelques bons résultats ont été enregistrés tels que l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux, qui est passé de 2 % en 2003 à 30 % en fin 2006. Nous ne devons cependant pas oublier qu'environ 70 % de malades demeurent encore sans traitement. Face au nombre encore très élevé des nouveaux cas d'infection par an, je voudrais insister sur l'importance de la prévention comme principale stratégie. Nous devons poursuivre les actions nécessaires dans ce cadre en étroite collaboration avec les populations, en particulier les jeunes.

Mesdames et Messieurs les Ministres vous avez déclaré en 2005, la tuberculose comme urgence. Depuis 2006, l'augmentation croissante de la résistance aux médicaments antituberculeux est inquiétante et en l'absence de mesures appropriées, elle risque de freiner et même d'anéantir les efforts de lutte contre cette endémie. Nous sommes aussi concernés par la tendance croissante de la co-infection TUB/VIH, surtout en Afrique australe où elle atteint des pourcentages très élevés.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, nous commençons à enregistrer un impact positif. La combinaison ingénieuse de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, avec les campagnes de vaccination de masse a permis, dans de nombreux pays, d'élargir l'utilisation des moustiquaires. Trente-six (36) pays ont adopté les traitements à base de combinaisons d'artémisinine (ACT) pour leurs schémas thérapeutiques, ce qui constitue un progrès important.

Concernant la lutte contre la lèpre, 42 pays ont déjà atteint la cible d'élimination c'est-à-dire un taux de prévalence inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Honorables invités,

Notre Région continue d'être victime de nombreuses épidémies dont la récurrence et la gravité nous interpellent.

Depuis le début de l'année 2007, 21 pays ont notifié des cas de *choléra*.

Les pays de la ceinture de la méningite au Sahel, notamment le Burkina Faso, le Niger, le Mali et le Tchad ont enregistré au cours de la période 2005-2006 une épidémie de *méningite cérébro-spinale* d'une intensité plus grave au Burkina Faso qui à lui seul a notifié 45 000 cas et 3 443 décès. Nous avons lancé une alerte sur la limitation des stocks de vaccins actuels pour répondre aux besoins potentiels des pays menacés par la méningite. Nous avons besoin de 100 millions de dollars des États-Unis pour nous préparer à faire face à une prochaine épidémie pendant que la recherche et le développement du nouveau vaccin plus efficace sont en cours.

La grippe aviaire qui a déjà frappé un certain nombre des pays de la Région demeure un risque de santé publique. La menace d'une grippe pandémique à virus *H5N1* chez l'homme existera aussi longtemps que le virus sera présent dans les populations de volailles. Nous invitons donc les États Membres à accroître le niveau de vigilance.

Pour contribuer au renforcement des capacités de surveillance et contrôle des maladies, j'ai approché un certain nombre de pays de la Région et de partenaires afin d'étudier la faisabilité de la création des centres d'excellence pouvant servir de référence. Ceci pourrait améliorer la participation de la Région africaine dans le réseau mondial d'alerte sanitaire et de réponse aux épidémies, et faciliterait aussi la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués invités,

Les maladies chroniques ont évolué très vite dans le profil épidémiologique des pays de la Région avec un impact économique important sur les dépenses de santé des individus et des ménages du fait de leur chronicité. Les enquêtes épidémiologiques sur les facteurs de risque des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, nous ont révélé qu'elles sont associées entre autres, au tabagisme actif et passif, à la consommation nocive d'alcool, et à la sédentarité.

Il est urgent d'agir sur les facteurs de risque par le biais de la prévention primaire et de l'amélioration de la réponse des services de santé pour permettre un diagnostic précoce et un traitement correct des cas.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Chers invités,

Nous sommes tous interpellés par la persistance du niveau inacceptable du taux de mortalité maternelle, de l'ordre de 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la Région africaine. Nous ne pouvons, en aucune façon, nous résoudre à accepter cela comme une fatalité inexorable. De même, nous ne pouvons pas proclamer que nous accordons une priorité à la santé de la femme en tolérant un nombre de décès maternels aussi élevés. Je voudrais, ici, lancer un appel pour une attention plus effective, afin qu'au plan politique et budgétaire un engagement plus conséquent soit exprimé.

Concernant la santé de l'enfant nous continuons à enregistrer des progrès notables dans plusieurs pays grâce à la vaccination de routine, la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et de l'approche holistique inspirée par la nouvelle stratégie de la survie de l'enfant proposée conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale et adoptée par la précédente session du Comité régional.

Les progrès enregistrés dans le domaine de la vaccination sont éclatants. En effet, entre 2001 et 2006, la couverture vaccinale avec la 3^{ème} dose du vaccin DTC est passée de 55 % à 82 % dans la Région. Ceci est le fruit des efforts conjugués des gouvernements, des populations et des partenaires. Grâce aux taux élevés de

couverture vaccinale, les décès dus à la rougeole ont baissé de plus de 75 %. Ceci est un motif de grande satisfaction pour la Région qui est en voie d'éliminer cette maladie, citée parmi les principales causes de mortalité infantile.

L'éradication de la poliomyélite dans la Région est actuellement à notre portée un seul pays demeure endémique dans la Région africaine. Nous avons enregistré cette année une diminution d'environ 90 % de cas de poliovirus sauvages. Toutefois, l'importation limitée des cas de poliovirus sauvages qu'on continue de voir dans certains pays est la conséquence d'une immunité collective encore faible.

Action sur les principaux déterminants de la santé

Un nombre important de problèmes de santé sont liés à l'environnement. La récurrence des maladies telles que le choléra, et le Chikungunya trouve son origine dans un environnement insalubre. Les politiques de santé et les plans subséquents d'action devront accorder la priorité nécessaire aux facteurs liés à l'environnement. C'est convaincu de cela que nous allons organiser l'année prochaine une Conférence internationale sur l'environnement et de la santé en Afrique.

Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Chers invités,

Les défis sanitaires auxquels l'Afrique est confrontée exigent une détermination plus importante pour traduire nos politiques en actions concrètes. La réalisation des objectifs de santé du Millénaire est techniquement faisable. Certains pays de la Région africaine réalisent actuellement des progrès notables dans l'amélioration de certains indicateurs de santé publique. Ceci nous encourage à penser qu'il est possible de réaliser les mêmes performances ailleurs dans la Région et de permettre ainsi à des millions de personnes d'avoir une vie plus digne et plus productive.

Plusieurs sujets retenus pour l'agenda de la présente session du Comité régional prennent en compte les préoccupations énumérées et je suis persuadé que nos débats au cours de cette semaine déboucheront sur des propositions d'intérêt pour tous les pays de la Région.

Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres, chefs de délégations et délégués, j'émetts le vœu que cette conférence offre l'occasion d'échanger des idées et des expériences sur le développement sanitaire et de renforcer la coopération technique entre les pays.

Le Secrétariat de l'OMS est à votre entière disposition et vous souhaite un séjour très productif.

Je vous remercie.

ANNEXE 10

**ALLOCUTION DE LA REPRÉSENTANTE DU COMMISSAIRE AUX AFFAIRES
SOCIALES, 57^{ème} SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR
L'AFRIQUE, BRAZZAVILLE, CONGO, 27-31 AOÛT 2007**

Monsieur le Président de la 56^{ème} session du Comité régional,
Monsieur l'Invité d'honneur, Son Excellence Isidore Mvouba, Premier Ministre du
Congo
Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS,
Dr Luis Sambo, Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé et Chefs des délégations,
Mesdames et Messieurs les membres du Corps diplomatique,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs les membres de la société civile,
Mesdames et Messieurs les membres de la presse,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur que d'être parmi les distingués délégués réunis ici à Brazzaville, au Congo, à l'occasion de la 57^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Permettez-moi tout d'abord de vous transmettre les chaleureuses salutations de Son Excellence le Professeur Alpha Oumar Konare, Président de la Commission de l'Union africaine, qui n'a pu être présent parmi nous. J'aimerais vous transmettre aussi les salutations de Mme Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales, que je représente. Elle m'a demandé de l'excuser de n'avoir pu être présente, en raison de précédents engagements. Elle m'a également chargée de prononcer en son nom l'allocution suivante :

Au nom de l'Union africaine, je tiens à remercier son Excellence le Premier Ministre, le gouvernement et le peuple du Congo d'abriter le siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et des installations mises à la disposition des délégués.

Je remercie aussi le Dr Luis Sambo d'avoir invité l'UA à cette réunion importante et de l'excellent travail que fait le Comité régional pour améliorer la situation sanitaire de la population du continent africain. Je salue les efforts et la détermination qu'il déploie personnellement pour consolider et renforcer les liens qui existent de longue date entre l'UA et l'OMS.

À cette occasion, permettez-moi aussi de saluer, Mesdames et Messieurs les ministres, les actions que vous menez, individuellement et collectivement, afin de promouvoir la santé des populations dans vos pays, dans vos régions et dans tout le continent africain. Je remercie également les différents partenaires qui, à tous les niveaux, apportent à ces actions, chacun à sa manière, une précieuse contribution.

Cette session du Comité régional se tient près de deux mois après l'Assemblée des Chefs d'Etat et de gouvernement de l'UA, qui a eu lieu au Ghana, à Accra, au début du mois de juillet 2007. Cette assemblée a approuvé les conclusions de la 3^{ème} session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'UA, réunie à Johannesburg, en avril 2007, au ministère de la santé d'Afrique du Sud. Les membres de l'Assemblée ont également adopté la Décision d'Accra relative à ces conclusions, qui englobent la Déclaration de Johannesburg, la Stratégie africaine de la santé, le Plan de production pharmaceutique pour l'Afrique, etc.

L'Assemblée de l'UA a également examiné le rapport faisant état des progrès accomplis en vue de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement, selon lesquels l'Afrique doit encore intensifier ses efforts pour se hisser au niveau des autres continents. Dans la mesure où, d'une manière ou d'une autre, les OMD ont tous trait à la santé, il vous incombe, Mesdames et Messieurs les Ministres, de jouer un rôle important dans ce domaine et de contribuer à l'établissement du rapport annuel de situation soumis aux Chefs d'État et de gouvernement.

Il y a un mois, à la mi-juillet 2007, la Commission africaine de la population a examiné, également à Johannesburg, le rapport sur la situation de la population africaine en 2006. Elle a noté que l'Afrique était confrontée aux mêmes défis qu'auparavant, à savoir l'aggravation de la pauvreté, l'insuffisance des

infrastructures et des services de protection sociale, le chômage, les migrations, des conflits civils et armés, une mauvaise nutrition et une forte charge de morbidité. En conséquence, des efforts et des partenariats plus efficaces et mieux coordonnés s'imposent pour que cette tendance soit inversée. Pour ce qui concerne le secteur de la santé, il faudrait que ces efforts s'inscrivent dans le cadre de la stratégie africaine de la santé 2007-2015 que vous avez adoptée en avril de cette année. Cela contribuera à l'harmonisation des stratégies et des programmes interpays, par le biais du renforcement des systèmes de santé et de la mise en commun des pratiques les meilleures. La stratégie africaine de la santé contient un bilan de la situation de la morbidité sur le continent et en analyse les causes. Elle définit ensuite l'orientation, les interventions et les actions stratégiques à mener pour faire face aux grands problèmes de santé. Elle évoque aussi le renforcement des partenariats, la surveillance et la préparation aux situations d'urgence, le contrôle continu et l'évaluation. Toutes ces questions ne sont pas nouvelles pour les Etats Membres et les partenaires. L'idée est plutôt de les aborder différemment, de façon plus efficace, par le biais de partenariats bien coordonnés aux échelons non seulement national, mais aussi régional et continental. Cela est important parce que la coopération et l'intégration régionales sont la clé d'une Afrique forte à l'heure de la mondialisation.

On se souviendra que la période 2001-2010 a été déclarée Décennie de la médecine traditionnelle en Afrique et qu'un examen à mi-parcours doit maintenant être fait. À cet égard, les États Membres sont instamment priés de dresser un bilan de leurs programmes nationaux (de promotion de la médecine traditionnelle) et de soumettre à ce sujet des rapports susceptibles d'être utilisés pour l'établissement d'un rapport à l'échelle du continent. Conformément à la décision prise lors de votre session du mois d'avril 2007, des préparatifs sont en cours en vue de la convocation du comité technique du Plan de production pharmaceutique pour l'Afrique, l'un des principaux moyens de progresser sur la voie de l'accès universel à des médicaments et produits essentiels et abordables.

Après le lancement, en avril 2007, de la campagne en vue de l'élimination du paludisme, il est très encourageant de noter que beaucoup de pays et quelques régions ont redoublé d'efforts pour combattre plus efficacement le paludisme. Il

faudrait mener, à l'échelle du continent, une campagne coordonnée dont l'aboutissement serait la Journée de lutte contre le paludisme 2008.

En même temps, il est important que les mesures prises en riposte au VIH/SIDA et à la tuberculose soient maintenues à un rythme soutenu car le moindre relâchement pourrait avoir des conséquences catastrophiques. Il faudrait s'attacher en priorité à intensifier les efforts fournis pour garantir l'accès universel à la prévention et au traitement, l'accent étant mis sur les jeunes et autres groupes vulnérables ou sur les personnes qui ont des besoins spéciaux. Les personnes impliquées dans des conflits, y compris ceux qui œuvrent pour le maintien de la paix et les personnels en uniforme, méritent une attention particulière.

Un autre enjeu qui devrait figurer parmi les priorités des pays, des régions et du continent est la promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits en la matière, le but étant de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles, et en fin de compte, celles de la famille toute entière. Il est grand temps que l'Afrique enregistre de meilleurs indicateurs du développement.

Par ailleurs, il faudrait que les systèmes de santé soient renforcés à l'échelon national de façon que la santé et le développement puissent être envisagés comme un tout, faute de quoi les autres indicateurs du développement resteraient sans effet. Cela dépendra des principaux besoins de chaque pays ou région. Les maladies non transmissibles, qui gagnent du terrain en Afrique, devraient recevoir l'attention voulue aux stades de la planification et de la mise en œuvre stratégiques, de même que la préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes. Le développement des ressources humaines pour la santé est crucial pour la prestation de services de santé. A cet égard, il faudrait que les Etats Membres s'emploient plus activement à assurer des activités de formation et à garantir de bonnes conditions de travail, ce qui pourrait réduire l'exode des personnels professionnels. Il faudrait aussi que les pays collaborent étroitement avec les pays développés vers lesquels émigrent des personnels de santé afin de veiller au respect de l'éthique lors du recrutement. A cet égard, l'UA a engagé un dialogue avec l'UE au sujet de la Déclaration commune Afrique-UE sur les migrations. Le Commissaire aux affaires sociales prend également part à l'action mondiale menée dans ce domaine en sa qualité de membre de l'équipe

spéciale sur l'éducation et la formation de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

Distingués ministres, Mesdames et Messieurs,

L'ordre du jour de cette session traite également, entre autres, de questions semblables à celles que je viens d'évoquer. Cela est juste tant il est vrai que les actions de tous ceux qui œuvrent à la promotion de la santé devraient être complémentaires et non parallèles ou individuelles. De plus, tous ces acteurs ont un même but, améliorer la santé et le bien-être des peuples d'Afrique. Ainsi que nous le rappelle constamment la réalité, les maladies ne respectent pas les frontières. Des programmes inter ou trans-pays devraient être partie intégrante de la planification et de la mise en œuvre des stratégies nationales. Dans le même ordre d'idée, il faudrait encourager la coopération intersectorielle dans la mesure où les questions de santé concernent plusieurs domaines et exigent la participation d'autres secteurs.

Consciente que l'Afrique ne pourra réussir seule, l'UA a entrepris de coopérer avec d'autres continents et sous-continent. Ces efforts portent entre autres sur la santé et le développement. C'est dans ce contexte qu'ont été engagés les préparatifs du Sommet Afrique-UA qui doit se tenir à Lisbonne en décembre 2007, du Sommet Afrique-Inde prévu aux alentours des mêmes dates, de la création, par le Japon, du Prix Hideyo Noguchi pour l'Afrique, en hommage au médecin japonais qui a consacré sa vie à la lutte contre les maladies infectieuses en Afrique et est mort de la fièvre jaune au Ghana en 1928. Ce prix sera décerné pour la première fois à Tokyo en 2008, à l'occasion de la Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique. Des noms de candidats ont semble-t-il déjà été proposés. Un dialogue également en cours avec la Chine, l'Amérique du Sud et les Caraïbes pourrait éventuellement déboucher sur un meilleur accès aux médicaments génériques et aux remèdes traditionnels.

Je vous souhaite un plein succès dans vos travaux et je vous remercie de votre attention. Soyez assurés de notre entière collaboration.

**DISCOURS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS,
DR MARGARET CHAN, À L'OUVERTURE DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME
SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL
DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence, Monsieur Mvouba, Premier Ministre de la République du Congo,
Madame le Ministre Raoul,
Monsieur le Ministre Tedros Yesus, Président de la 56^{ème} session du Comité régional,
Madame le Représentant de l'Union africaine,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Distingués Délégués, Collègues de la Famille des Nations Unies,
Mesdames et Messieurs,

En avril de cette année, les Ministres de la Santé de ce continent, réunis sous le leadership de l'Union africaine, ont adopté la première stratégie de la santé harmonisée à l'échelle régionale en Afrique.

Je me félicite de cette stratégie à laquelle j'apporte mon plein soutien.

Il s'agit d'une stratégie prévisionnelle, qui couvre la période allant jusqu'en 2015, une année qui tire sa grande importance de la Déclaration du Millénaire et de ses Objectifs sur lesquels sont fondées tant de promesses.

Il s'agit d'une stratégie complète, qui imprime cohésion et unicité d'action au leadership dans le domaine de la santé en Afrique.

En dépit de la grande diversité des pays et cultures d'Afrique, cette stratégie repose sur l'identification de problèmes communs et de besoins tout aussi communs, en plus d'adhérer à une approche partagée.

Elle envoie surtout ce message fort aux agences de mise en œuvre et aux partenaires de développement : l'appui extérieur est nécessaire et est apprécié à sa juste valeur, mais l'Afrique assume effectivement ses responsabilités.

Les dirigeants africains, cela a été dit à maintes reprises, connaissent très bien les problèmes de santé de leurs populations.

Vous en connaissez également les solutions, et celles-ci sont du reste définies dans un nombre croissant de stratégies et plans nationaux de santé.

Vous êtes en train de créer des conditions propices au développement sanitaire.

En manifestant votre engagement, vous êtes pleinement conscients des obstacles qui se dressent en Afrique, dont bon nombre ont trait à des facteurs liés à l'histoire, à la géographie, au climat et à une écologie favorisant la prolifération des agents pathogènes et de leurs vecteurs.

Vous connaissez également les obstacles dus à des facteurs extérieurs à l'Afrique.

Permettez-moi d'en mentionner quelques-uns. L'aide internationale n'est pas toujours efficace. Les promesses ne sont pas toujours tenues.

Bon nombre d'initiatives sont vouées à l'échec lorsque les donateurs canalisent leur intérêt vers d'autres questions. L'Afrique est jonchée de vestiges de projets de développement ayant échoué.

Le financement peut manquer de prévisibilité, de viabilité ou de flexibilité, rendant difficile, voire impossible, la planification à long terme.

Le coût des transactions est élevé, tout comme les exigences des partenaires en matière de présentation de rapports. Les districts de santé sont débordés.

Des systèmes parallèles de prestation d'un nombre limité d'interventions sont mis en place, au moment même où l'on a le plus besoin de soins de base complets.

Les approches fondées sur la prévention peuvent être abandonnées.

Les possibilités de promotion de l'efficacité des interventions ne sont pas saisies. Des maladies qui s'imbriquent les unes dans les autres sont prises en charge au titre d'initiatives distinctes. La même maladie est prise en charge au titre de diverses initiatives, parfois en utilisant des stratégies et des médicaments différents.

Les capacités de riposte des systèmes de santé diminuent, au moment même où s'accroît la charge qu'ils doivent supporter. Les agents de santé formés dans vos pays sont recrutés pour travailler sous d'autres cieux.

Les effectifs ne sont plus suffisants pour assurer ne serait-ce que les soins de santé essentiels.

Les systèmes de santé s'effondrent, en l'absence d'investissements dans l'infrastructure de base, et ce depuis des décennies.

Pour certaines maladies qui touchent de façon disproportionnée l'Afrique, la demande de médicaments améliorés et de nouveaux vaccins est très grande, mais les incitations à la recherche-développement prennent plutôt la direction des marchés dont la capacité de paiement est plus forte.

Au regard de tous ces problèmes cumulés, il n'est pas surprenant que quelques pays africains soient à la traîne dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

En dépit de ce tableau sombre, les responsables de la santé en Afrique sont convaincus que ces obstacles peuvent être surmontés. Comme vous l'avez dit, la donne peut changer.

Nous entrevoyons des signes de succès, sur lesquels je reviendrai plus tard.

J'en conviens pleinement. Les obstacles entravant le développement sanitaire en Afrique peuvent et doivent être surmontés, et ce en faisant preuve de la plus grande diligence possible à cette fin.

L'Afrique est lasse de supporter une proportion aussi grande de la charge de la maladie, de la misère et des décès prématurés. La plupart de ces souffrances sont pourtant évitables.

Il existe des interventions efficaces et abordables pour prévenir ou traiter la quasi-totalité des causes de mauvaise santé sévissant en Afrique.

Face à ce qui constitue une grande injustice sociale, une action urgente représente un impératif moral.

Monsieur le Président,

Nous traversons actuellement une période qui revêt une grande importance pour l'Afrique. Nous aurons bientôt parcouru la moitié du chemin, avant la date butoir de 2015.

Les objectifs du Millénaire pour le développement représentent l'engagement le plus ambitieux jamais pris par la communauté internationale. Ils s'attaquent aux causes profondes de la pauvreté et reconnaissent les liens entre ces causes.

Ces objectifs reconnaissent également le lien à double sens entre pauvreté et santé.

Autant la pauvreté favorise la mauvaise santé, autant la mauvaise santé maintient les populations dans la pauvreté. Le bon état de santé permet aux populations de travailler pour sortir de la pauvreté et consacrer le revenu des ménages à des fins autres que les dépenses de santé.

Plus important encore, les objectifs du Millénaire pour le développement font de la santé un facteur clé de progrès économique et social. En conséquence, le rôle assigné à la santé n'a jamais été aussi grand.

La santé n'est plus un simple gouffre engloutissant les ressources. Elle est aussi devenue un pourvoyeur d'avantages économiques.

Ce changement d'école de pensée est de plus en plus perceptible dans les approches internationales du développement sanitaire.

Le 5 septembre, nous vivons un exemple édifiant d'un tel changement d'école de pensée.

Le Royaume-Uni, en partenariat avec la Norvège, l'Allemagne et le Canada, ainsi qu'avec l'OMS et les autres grandes institutions œuvrant à la promotion de la santé, lancera une nouvelle initiative, avec de nouveaux engagements.

L'objectif de cette initiative est d'accroître l'efficacité de l'utilisation des ressources pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé, ce qui est une réponse à bon nombre des problèmes que je viens de mentionner, qui s'expliquent par le caractère peu prévisible et peu coordonné et les variations constantes dans la destination de l'aide.

L'initiative tient compte de la nécessité de garantir un financement flexible à long terme et de financer les plans conduits par les pays eux-mêmes. Plusieurs pays africains participeront à la première phase de mise en œuvre.

Permettez-moi de citer l'un des principes directeurs de cette initiative : «Il n'y a pas de meilleure façon de réduire l'injustice que constitue la pauvreté à l'échelle mondiale et dont les effets sont dévastateurs que d'œuvrer à l'amélioration de la santé ».

Qu'est-ce que l'Afrique peut attendre de tout cela ?

En premier lieu, il convient de reconnaître que si cette injustice a effectivement des effets dévastateurs, elle est également intolérable.

Les objectifs du Millénaire pour le développement sont fondés sur un esprit de solidarité et sur le principe éthique d'équité.

Comme l'affirme la Déclaration du Millénaire, «Ceux qui souffrent ou qui sont particulièrement défavorisés méritent une aide de la part des privilégiés ».

L'esprit de solidarité et l'engagement en faveur de l'équité ont placé les besoins de l'Afrique dans le domaine de la santé au centre des programmes de promotion du développement.

De toutes les régions du monde, l'Afrique est de loin celle qui tirera le plus grand parti de la réalisation de ces objectifs.

En deuxième lieu, les préoccupations exprimées quant à la lenteur des progrès, en particulier en Afrique, ont amené la communauté internationale à examiner en toute franchise les raisons d'une telle situation.

Rien que pendant la décennie écoulée, le paysage de la santé publique a considérablement changé.

Pour la première fois, nous avons à la fois l'engagement politique, des fonds de nouvelles sources, des interventions puissantes et des stratégies de mise en œuvre dont l'efficacité est établie.

Enfin, la conjoncture étant des plus favorables, nous pouvons mieux discerner les raisons de notre retard. Les systèmes de santé sont notre pierre d'achoppement.

Nous ne parvenons pas à assurer les interventions essentielles à ceux qui en ont le plus besoin et à l'échelle appropriée.

Cette situation s'explique en partie par l'absence, pendant des décennies et pratiquement dans toutes les régions du monde, d'investissements dans l'infrastructure de base de santé publique.

Toutefois, nous sommes également face à un dilemme. Au cours de la dernière décennie, nous avons enregistré une augmentation substantielle du nombre de partenariats et d'initiatives mettant en œuvre des programmes dans les pays.

Ces initiatives ciblent essentiellement la réalisation de résultats spécifiques dans le domaine de la santé, souvent au titre de la lutte contre une seule maladie.

La réalisation de ces résultats passe par la disponibilité de systèmes de santé performants. Toutefois, le renforcement des systèmes de santé est rarement un objectif central de ces initiatives.

C'est à ce niveau que tout l'engagement, le financement et la dynamique dont nous nous félicitons aboutissent à une impasse, car l'inadéquation des systèmes de prestation de services et l'insuffisance des effectifs bloquent tout progrès.

J'aimerais approfondir un peu plus cette conclusion.

Je ne pense pas que nous serons en mesure de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé tant que nous ne reviendrons pas aux principes, valeurs et approches des soins de santé primaires.

Monsieur le Président,

Comme l'ont fait récemment observer les dirigeants du monde, le manque de progrès en Afrique n'est pas simplement un appel à l'action urgente; il est aussi une urgence de développement.

Je suis pleinement d'accord avec eux. Il s'agit effectivement d'une urgence.

C'est le lieu pour nous tous, qui jouons un rôle directeur dans le domaine de la santé, de redoubler d'efforts, en nous privant au besoin de sommeil.

Il faut du temps pour établir les systèmes de santé et former le personnel. Mais nous devons identifier les voies et moyens d'avancer, en dépit des obstacles à surmonter.

Nous ne disposons pas de temps pour tout recommencer. Nous ne pouvons pas non plus nous permettre des faux départs, ni les inefficiences, ni les gaspillages.

Nous devons utiliser les interventions existantes pour en tirer le meilleur parti, tout en maintenant la pression en faveur de nouveaux outils.

Nous devons identifier les voies et moyens de remédier aux faiblesses des systèmes de santé et aux pénuries de personnels, tout en œuvrant à des améliorations durables.

Dans le contexte de l'Afrique, il faudrait également faire appel à la médecine traditionnelle et aux tradipraticiens, de manière plus efficace et plus systématique.

Nous devons continuer à intensifier la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme.

Au même moment, nous devons tout mettre en œuvre pour intégrer ces activités dans l'ensemble des services de santé, en les alignant sur les principes des soins de santé primaires.

Par-dessus tout, nous devons saisir toutes les possibilités qui s'offrent pour rendre nos interventions plus efficaces. Permettez-moi de proposer quelques stratégies à cette fin.

Premièrement, gérer d'une manière intégrée les maladies qui s'imbriquent les unes dans les autres. La stratégie de l'OMS pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est un bon exemple à cet égard, comme le reconnaît la Stratégie africaine de la Santé.

Cette approche est fondée sur l'hypothèse que la plupart des décès des enfants sont dus à un nombre restreint de causes qui peuvent être évitées grâce à un nombre tout aussi restreint d'interventions présentant un bon rapport coût/efficacité.

Elle permet de s'attaquer d'une manière intégrée à ces causes, y compris la malnutrition, en utilisant des protocoles de traitement standardisés. Elle garantit des soins cliniques de première qualité, selon l'approche de santé publique et conformément aux principes des soins de santé primaires.

À cet égard, je mentionnerai un deuxième exemple. L'année dernière, l'OMS a lancé une stratégie intégrée de prise en charge de plusieurs maladies tropicales

négligées touchant de façon disproportionnée les plus pauvres des pauvres en Afrique.

Au lieu de plusieurs programmes distincts, mis en œuvre séparément, nous avons maintenant une stratégie unifiée et intégrée qui simplifie la distribution des médicaments, tout en réduisant le double emploi et une partie de la charge de travail des systèmes et du personnel de santé.

Deuxièmement, prendre en charge les maladies selon une approche intégrée. Nous sommes conscients de la confusion et des gaspillages auxquels l'on assiste lorsque divers partenaires s'attaquent à la même maladie en utilisant des approches et des médicaments différents.

Une stratégie clairement définie du point de vue technique, fondée sur des bases factuelles, est la meilleure façon de convaincre les partenaires de conjuguer leurs efforts selon une approche cohérente.

Tel a été le cas avec les principes des «Trois-Uns» pour la lutte contre le VIH/sida et la DOTS pour la lutte contre la tuberculose.

Tel est enfin le cas maintenant pour le paludisme.

Au début de l'année dernière, l'OMS a publié des orientations claires pour l'utilisation des associations thérapeutiques à base d'artémisinine, et a demandé à l'industrie de retirer les monothérapies du marché.

L'OMS a appuyé de son autorité la pulvérisation rémanente de DDT à l'intérieur des habitations.

Il y a tout juste dix jours, l'OMS a clos le débat sur la meilleure méthode de distribution des moustiquaires. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent doivent être disponibles, à titre gratuit ou à prix subventionnés. L'objectif visé devrait être la couverture la plus large possible par cette intervention.

Troisièmement, rendre les systèmes de prestation existants plus performants dans la lutte contre la maladie. Les programmes de vaccination font généralement un très bon travail en assurant des prestations aux populations des zones difficiles d'accès. C'est une bonne idée d'utiliser ces programmes pour des prestations supplémentaires.

L'Afrique a été à l'avant-garde du combat contre la rougeole. En six ans, la mortalité rougeoleuse sur le continent a baissé de 75 %, chiffre supérieur à la cible fixée.

Cet acquis est maintenant une valeur ajoutée ayant un effet multiplicateur en faveur de la santé. En Afrique, les campagnes contre la rougeole sont aussi l'occasion d'entreprendre la distribution de moustiquaires et de vermifuges, de promouvoir la supplémentation en vitamine A et la vaccination contre la poliomyélite, et d'administrer le vaccin antitétanique aux femmes enceintes.

Quatrièmement, avoir à l'esprit les principes des soins de santé primaires. La leçon apprise de notre expérience, pendant trois décennies, est que ces principes sont les meilleures balises de la voie menant à des soins viables, équitables et acceptables.

La stratégie du traitement sous directives communautaires, arrêtée pour garantir une distribution viable de l'ivermectine, est un bon exemple à cet égard.

Sur la base de cette approche, les communautés assurent maintenant la distribution de moustiquaires, la supplémentation en vitamine A et la distribution d'antipaludéens pour le traitement du paludisme à assise communautaire, en plus de la distribution de l'ivermectine.

Les essais en cours en Ouganda montrent que les taux de couverture sont de deux à quatre fois plus élevés qu'auparavant.

Lorsqu'elles bénéficient d'un appui approprié, les communautés prennent elles-mêmes en charge leur santé, et les résultats sont impressionnants et durables.

Nous avons appris une autre leçon à ce sujet. Les campagnes d'élimination de la cécité des rivières étaient au départ les programmes les plus verticaux que l'on puisse s'imaginer : des hélicoptères déversaient des insecticides du ciel.

Dans sa quête de durabilité, ce programme a maintenant adhéré aux principes des soins de santé primaires.

La cinquième stratégie est étroitement liée à ces principes : renforcer le pouvoir des femmes pour que celles-ci réalisent leur potentiel humain et vivent la vie qu'elles désirent. La réalisation de ces aspirations passe par la mise en place de programmes de micro-finance, d'éducation, de formation professionnelle, d'élaboration de lois et d'autres approches.

Il est amplement démontré que la vie que désirent vivre les femmes est une vie saine aussi bien pour elles-mêmes que pour leurs familles respectives.

Comme je l'ai dit, les femmes ne sauraient être considérées seulement comme un groupe vulnérable, une source gratuite de soins.

Les femmes sont des agents du changement et une source cruciale de développement durable.

Enfin, l'utilisation des instruments internationaux pour renforcer la défense collective contre les menaces pour la santé qui transcendent les frontières.

Ces menaces sont, entre autres, la commercialisation et la distribution des produits du tabac, et la propagation internationale des maladies émergentes et à potentiel épidémique.

La Convention-cadre pour la lutte antitabac est devenue un des traités bénéficiant de la plus large adhésion de toute l'histoire des Nations Unies. C'est le meilleur exemple de médecine préventive à l'échelle mondiale.

En juin de cette année, le Règlement sanitaire international, fortement renforcé, est entré en vigueur.

Le Règlement révisé a cessé de mettre l'accent sur des barrières passives aux frontières nationales, comme par le passé, pour devenir plutôt une stratégie dynamique de gestion des risques.

Cette stratégie vise à détecter un événement assez tôt et à y mettre fin à la source, avant qu'il ne puisse se transformer en menace internationale.

A cet égard, je tiens à féliciter le Gouvernement ougandais, le Bureau OMS dans ce pays et le Bureau régional pour l'excellente prise en charge de la flambée de fièvre hémorragique de Marburg survenue le mois dernier.

Dès les premiers soupçons, le Gouvernement a rapidement réagi sur plusieurs fronts.

Des équipes de riposte rapide ont été déployées. Des équipements ont été mis en place et des pavillons réservés pour les malades contagieux.

La contamination a été enrayée. L'efficacité de la recherche des sujets-contacts et du dépistage ont permis de conclure, sans l'ombre d'un doute, que l'épidémie a été vaincue en un temps record.

Elle n'a pas eu l'occasion de devenir une menace au niveau national ou international.

Monsieur le Président,

Le combat entre les microbes et leurs hôtes humains est un combat permanent. Nous avons très peu d'occasions de remporter des victoires décisives.

Nous avons encore des chantiers inachevés. Je veux parler de l'éradication de la poliomyélite.

Nous sommes plus que jamais prêts du but. En Afrique, le Nigéria reste le seul pays où la polio est endémique. À la date du 21 août, le Nigéria avait signalé 159 cas pour cette année, contre 687 à la même période l'année dernière.

Mais les flambées et les importations sporadiques continuent de toucher quatre pays supplémentaires en Afrique. Dans certains cas, le virus importé a circulé pendant plus d'un an.

Les campagnes doivent se poursuivre dans les zones réinfectées jusqu'à ce qu'il soit mis fin à toutes les flambées. La persistance absolue des efforts est nécessaire pour parvenir à l'éradication.

Je me suis personnellement engagée à terminer ce chantier. Je remercie le Dr Sambo pour son plein soutien à cette fin.

Je me félicite également des offres de collaboration des autres régions de l'OMS à ce sujet. Ensemble, nous mènerons à bien ce chantier.

Mesdames, Messieurs,

Je fais de la santé de l'Afrique l'une de mes priorités. Les résultats obtenus dans le domaine de la santé en Afrique constituent un indicateur de l'efficacité générale de l'action de l'OMS.

J'ai décrit certains des obstacles et identifié des voies et moyens permettant d'accroître l'efficacité opérationnelle.

Je vais maintenant m'arrêter sur quelques exemples qui montrent le chemin en Afrique, dans le paysage complexe de la santé publique aujourd'hui.

En 2000, une évaluation rigoureuse multipays de la stratégie pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a été lancée, avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Lorsque les résultats de la Tanzanie ont été publiés, le Ministère de la Santé a décidé d'étendre la stratégie l'ensemble du pays.

Il s'agit d'une stratégie complète basée sur une approche à l'échelle de l'ensemble des systèmes de santé. Elle est astreignante et coûte cher, mais elle produit des résultats.

Cet exemple nous montre que les gouvernements africains peuvent entreprendre des projets de santé ambitieux et les intensifier lorsqu'ils sont convaincus que ces projets ont des effets rentables. Je salue leur engagement.

Voici un second exemple du même genre en Afrique. La politique de distribution de moustiquaires appliquée par l'OMS repose sur des bases factuelles produites au Kenya où une récente campagne ayant fait l'objet d'un suivi rigoureux a abouti à une réduction de 44 % des décès dus au paludisme.

L'appui financier est venu de sources extérieures, et l'OMS a fourni le soutien technique et logistique.

Mais la stratégie a été mise au point par le Ministère de la Santé. L'engagement est venu du Président du Kenya, qui a personnellement procédé au lancement de la campagne.

En plus de réduire pratiquement de moitié le nombre de décès dus au paludisme, cette impulsion a produit des résultats qui ont modifié la politique internationale. Elle a permis de concevoir un modèle qui peut être repris partout en Afrique.

Imaginons l'effet que cette stratégie pourra avoir dans les prochaines années.

Les résultats obtenus au titre de la lutte contre le paludisme ont été bien accueillis. Ils ont été à la une dans les principales villes du monde entier.

Ceci conforte mon point de vue personnel, à savoir que le monde a besoin d'apprendre de bonnes nouvelles en provenance de l'Afrique ; le monde veut que l'Afrique réussisse.

Au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé de cette année, l'OMS et la GAVI ont lancé une nouvelle initiative sur la fièvre jaune. L'appui apporté par cette initiative permettra de vacciner 48 millions de personnes pour les cinq prochaines années.

La mise en œuvre de cette initiative dressera une barrière immunitaire qui éliminera effectivement le risque de flambées explosives dans les zones urbaines. La vaccination systématique des enfants pérennisera ensuite ces résultats.

Pour commencer, nous concentrerons nos efforts sur 12 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest où la charge est élevée.

L'engagement déjà manifesté par le gouvernement de chacun de ces pays, sur les plans politique et financier, en faveur de la lutte contre la fièvre jaune a été déterminant pour obtenir le soutien de l'extérieur.

Nous voyons là, une fois de plus, le pouvoir de l'engagement à susciter le soutien, à vos propres conditions.

L'engagement en faveur de la réalisation des objectifs sanitaires peut également libérer le puissant pouvoir de l'ingéniosité humaine.

L'Afrique, avec sa solide tradition de liens communautaires, nous a montré que le changement de comportement est possible.

En Ouganda, des femmes ont mis au point l'approche *Stepping Stones* pour changer les pratiques traditionnelles qui contribuent à la propagation du VIH.

Cette approche est utilisée aujourd'hui à travers le monde entier.

Lorsque nous atteindrons l'objectif de l'éradication de la dracunculose – et nous y sommes presque- il s'agira de la première maladie éliminée uniquement grâce au changement de comportement, sans recourir à un vaccin ou à un médicament.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, Chers Délégués, Mesdames et Messieurs,

À maintes reprises, nous voyons les mêmes forces puissantes en jeu : engagement politique, impulsion, pouvoir persuasif des données factuelles et pouvoir créatif de la détermination humaine.

Je concède que les obstacles à l'amélioration de la santé en Afrique sont énormes, mais on peut les surmonter.

La donne peut changer.

Au cours de ces derniers mois, j'ai été témoin d'importants changements dans les vues des organismes d'aide bilatérale, des organisations internationales œuvrant dans la santé et des principales institutions de financement.

À titre d'exemple, l'on reconnaît la nécessité de renforcer les systèmes de santé, de même que l'importance de soutenir le financement de la santé en faveur des pauvres.

Le coût de la santé ne devrait pas plonger davantage les ménages appauvris dans la pauvreté.

L'on écoute vos messages et l'on tient bien compte de vos orientations stratégiques.

Les dirigeants africains créent des conditions propices au développement sanitaire, selon vos propres conditions.

De plus en plus, l'Afrique assume ses responsabilités.

Le soutien de l'OMS vous est totalement acquis, les bureaux de pays et le Bureau régional vous accompagnent, en ce moment où l'Afrique monte à la charge.

Je vous remercie.

**DISCOURS DE S. E. M. ISIDORE MVOUBA
PREMIER MINISTRE, CHARGÉ DE LA COORDINATION
DE L'ACTION DU GOUVERNEMENT ET DES PRIVATISATIONS
DE LA RÉPUBLIQUE DU CONGO, À L'OCCASION DE L'OUVERTURE
OFFICIELLE DE LA CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ
RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Madame la Directrice Générale de l'Organisation Mondiale de la santé,
Monsieur le Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique,
Monsieur le Représentant du Président de la Commission de l'Union Africaine,
Mesdames et Messieurs les Chefs de Délégation de la Région Africaine de l'OMS,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions
diplomatiques,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations régionales et
internationales,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

Sauvegarde et bouclier de la vie, la santé est, de tous les défis auxquels
l'Afrique est confrontées, le défi majeur.

Challenge pour notre Continent, gageure pour nos populations, la santé est
aussi un pari que les experts et professionnels que vous êtes, tentez chaque jour de
tenir avec plus ou moins de bonheur.

Il y a trois ans, vous étiez ici, en ces mêmes lieux, le pied à l'étrier et le cœur à
l'ouvrage, en quête des diagnostics les plus appropriés.

Au moment où vous allez devoir poursuivre l'accomplissement de cette noble
mission, je voudrais, tout d'abord, vous adresser, au nom du peuple et du
gouvernement congolais, ainsi qu'en mon nom propre, mes salutations chaleureuses
et fraternelles et mes souhaits d'un excellent séjour en terre africaine du Congo !

J'aimerais, ensuite, à ce niveau de mon propos, vous assurer qu'à l'instar de tous les autres peuples et gouvernements d'Afrique, le peuple congolais et son gouvernement fondent de réels et légitimes espoirs dans les présentes assises.

En effet, comme chacun le sait, le tableau sanitaire de notre continent demeure préoccupant :

- le paludisme tue environ trois mille (3000) enfants de moins de cinq (5) ans chaque jour au sud du Sahara, et il est à l'origine d'une perte annuelle pour le produit intérieur brut du continent de l'ordre de 12 milliards de dollars américains;
- le VIH/sida décime, en moyenne, huit mille (8000) personnes par jour;
- le choléra, la maladie du sommeil, jadis vaincus, resurgissent avec virulence;
- l'onchocercose, le diabète, le cancer, les pathologies cardiovasculaires, la mortalité infantile et maternelle sévissent de manière inquiétante.

Face à un tel tableau, force est de constater que les objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé seront hors de portée des peuples africains à l'horizon 2015.

De la même manière, les autres objectifs, notamment ceux visant la réduction de l'extrême pauvreté et la faim, la promotion de l'éducation de base, l'épanouissement de la femme, la préservation de l'environnement, pourraient, si l'on n'y prend garde, subir le même sort. Car, sans progrès sanitaire il n'y a point de développement.

Mesdames et Messieurs les Délégués,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

En prenant en compte dans l'agenda de vos travaux, le nécessaire traitement des urgences comme celle liée à la lutte contre les épidémies et les endémies qui sévissent dans notre sous-région, vous traduisez par cet acte, notre volonté commune de tout

mettre en œuvre afin de tourner, résolument, la page de la fatalité pour ouvrir celle de l'espoir et de l'optimisme raisonnés.

Puisse la présente session jeter, avec assurance, les bases d'un plan d'urgence et d'une stratégie à moyen et long termes devant inverser les tendances actuelles.

C'est ici le lieu de saluer l'entrée en vigueur, en juin dernier, du nouveau règlement sanitaire international, gage du renforcement de la coopération et de la solidarité internationales dans le domaine de la sécurité sanitaire.

Je voudrais saisir cette occasion pour exhorter les États africains à tirer le meilleur profit de ce nouvel instrument de solidarité sanitaire, en vue de rendre plus efficaces nos politiques en matière de santé publique.

S'agissant, justement, de la solidarité internationale dans le domaine de la santé publique, permettez-moi de rappeler qu'au cours de mon récent mandat à la Présidence en exercice de l'Union africaine, avec l'appui de nos partenaires au développement et particulièrement du gouvernement français, j'ai plaidé, de toutes mes forces, pour la mobilisation par la communauté internationale, des financements innovants destinés principalement à la lutte contre les épidémies et autres maladies endémiques qui compromettent, gravement, la survie même de notre continent.

Les effets positifs de ce plaidoyer commencent à se traduire sur le terrain. Cependant, il nous faut encore davantage d'efforts pour atteindre les résultats escomptés.

Au niveau interne, depuis le début de cette année, le gouvernement de la République du Congo assure la gratuité totale des anti-rétroviraux, dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

Une action de même nature devra être engagée dans le cadre de la lutte contre le paludisme en faveur des groupes les plus vulnérables.

Mesdames et Messieurs les Délégués,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

Avant de terminer, je voudrais vous inviter à accorder une attention particulière à la question préoccupante de la gestion des professionnels de santé par nos Etats.

En effet, aucune politique, quelle qu'elle soit, ne peut produire ses effets si la ressource première, chargée de la mettre en œuvre, c'est-à-dire la ressource humaine, fait défaut.

Il est donc urgent de travailler à renforcer et à retenir sur le continent les capacités humaines nécessaires au développement sanitaire.

Comme le préconise le NEPAD, «la tendance à la fuite des cerveaux doit se transformer en une tendance en gain de cerveaux.»

J'ose ainsi espérer que les conclusions auxquelles vous parviendrez serviront de guide aux décideurs africains dans l'élaboration des stratégies sur la gestion rationnelle des ressources humaines du secteur de la santé.

Mesdames et Messieurs,

Le défi de la santé est une exigence à la fois politique, économique, scientifique et morale. C'est à ce titre qu'il nous interpelle tous; qu'il doit interpeller le sens de responsabilité et de solidarité de la communauté des nations. Parce que, comme en témoigne la vie, la maladie ne connaît, hélas, ni barrière géographique, ni puissance économique.

Sur cette indéniable vérité, je déclare ouverts les travaux de la 57^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Vive la coopération sanitaire internationale !

Vive l'Afrique !

Plein succès à vos travaux !

Je vous remercie.

**INTERVENTION DE M. PER ENGEBAK, DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'UNICEF
POUR L'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE**

Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais réellement et très sincèrement remercier le Dr Luis Gomes Sambo et les organisateurs de cette session d'avoir réservé à l'UNICEF un temps de parole, en dépit de l'ordre du jour chargé. L'UNICEF n'est pas habitué à un tel honneur. C'est la raison pour laquelle nous voyons en ce geste une importante marque de la stratégie du Dr Sambo pour le renforcement des partenariats, et nous nous en félicitons à l'UNICEF. Je dois mentionner qu'en Afrique subsaharienne, l'UNICEF compte deux bureaux régionaux. Je suis le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe. Toutefois, je prends aujourd'hui la parole également au nom de ma Collègue, Madame Esther Guluma, qui est le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale et qui est basée à Dakar. L'autre témoignage éloquent du renforcement des partenariats vient de la nomination, l'année dernière, du Dr Mukelabai en tant que Fonctionnaire de Liaison de l'UNICEF auprès du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Les relations entre l'OMS et l'UNICEF peuvent être décrites comme un mariage de longue date généralement heureux et productif. Mais comme dans tout mariage, il est nécessaire que les partenaires se retrouvent de temps en temps pour examiner de nouveau et réaffirmer leur engagement à concrétiser leurs vœux et à tenir leurs promesses. C'est effectivement le cas. Les gouvernements et les autres bailleurs de fonds qui financent nos deux organisations nous demandent de travailler en étroite collaboration et de procéder à une répartition claire de nos responsabilités respectives. Les Nations Unies elles-mêmes ont engagé un processus de réforme en profondeur qui requiert que les différentes institutions œuvrent de concert en vue de constituer une force cohérente, efficace et efficiente au service du développement. Nous avons mis en place de nouvelles structures qui commencent à acquérir leur maturité et qui visent à faciliter ce processus, notamment les équipes des Directeurs

régionaux des Nations Unies qui se réunissent régulièrement à Johannesburg et Dakar.

Il est difficile et peut-être trompeur de définir les spécificités de l'UNICEF et de l'OMS en termes très simplistes, en affirmant par exemple que l'OMS est exclusivement une agence technique chargée d'établir des normes et standards et de fournir l'assistance technique, tandis que l'UNICEF serait essentiellement une source de fonds pour le financement de projets en faveur des enfants. Toutes les deux institutions participent activement à la fourniture de l'assistance technique, et toutes les deux financent des activités au niveau des pays. Le Directeur exécutif de l'UNICEF, Mme Anne Veneman, a clairement indiqué que l'engagement de l'UNICEF à améliorer la santé de l'enfant et à réduire la mortalité infantile est plus fort que jamais, en particulier en Afrique subsaharienne. Toutefois, Mme Veneman reconnaît que l'UNICEF ne peut pas réaliser l'objectif étroit de réduction de la mortalité infantile de façon isolée. Nous reconnaissons l'importance de plans sanitaires solides et complets, tout comme celles de systèmes de santé performants, et l'UNICEF entend jouer son rôle en appuyant les efforts visant à garantir la réalisation de tous les OMD. Nos deux institutions sont actives, mais doivent faire davantage dans le domaine du plaidoyer et de la communication en faveur de la santé, tout comme dans le suivi des résultats. Les rôles traditionnels de nos institutions font l'objet d'interrogations dans l'architecture mondiale du développement qui est en pleine mutation, avec l'émergence d'initiatives telles que la GAVI, le Fonds mondial et plus récemment le Partenariat international sur la santé qui se développe rapidement, avec l'appui de toutes les deux institutions et celui du FNUAP, de l'ONUSIDA, de la banque mondiale, de la Fondation Bill et Melinda Gates, du Fonds mondial et de la GAVI. Par le passé, notre action a consisté à faciliter ces initiatives, en particulier leur interface au niveau des pays et entre initiatives, mais il est maintenant clair que ce domaine requiert une plus grande attention.

Nos deux institutions collaborent au niveau mondial et ici en Afrique, et de plus en plus à l'échelle régionale. Toutefois, le véritable défi se pose au niveau des pays où nous devons réellement prouver la valeur de nos relations. Nous devons nous demander si nos représentants et leurs équipes comprennent qu'ils seront récompensés non seulement pour les réalisations et les résultats de leurs institutions respectives, mais aussi pour la contribution d'un partenariat bien organisé entre

institutions des Nations Unies à l'accomplissement de progrès significatifs et durables dans le domaine de la santé. Des progrès notables ont été réalisés, sous la direction du Secrétaire général, qui a mis sur pied des équipes conjointes des Nations Unies pour le VIH et le sida ; avons-nous besoin d'un plus grand nombre d'équipes conjointes formelles ou les structures plus formelles actuelles sont-elles suffisantes ? Nous devons nous demander ce que nous pouvons faire de plus pour appuyer l'élaboration de plans sanitaires nationaux complets, renforcer les systèmes de santé et encourager la fourniture d'une aide supplémentaire à plus long terme, qui soit plus flexible et qui soit acheminée directement à nos systèmes de santé. Une importante initiative conduite par les Nations Unies concerne l' «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA). Nos deux institutions, de concert avec la Banque mondiale, le FNUAP et la banque africaine de développement, ont convenu en février dernier à Dakar de mettre en commun les ressources et de travailler ensemble pour aider les pays à réviser et à renforcer leurs stratégies, budgets et systèmes de suivi en faveur de la santé. Bien qu'elle soit encore à ses débuts, cette initiative fournit déjà un appui à sept pays africains. (il y aura une séance spéciale sur l'initiative HHA plus tard au cours de la présente session).

Après avoir travaillé à l'UNICEF pendant 28 ans, dont la moitié en Afrique, je suis sincèrement convaincu que je vis actuellement un des moments qui m'ont le plus interpellé dans ma carrière, en termes de possibilités offertes. J'ai été un témoin oculaire de l'écroulement de certaines barrières du passé. Vous en connaissez les détails...la récente réduction des prix et l'amélioration de la disponibilité des antirétroviraux, des médicaments pour traiter les infections opportunistes et des associations thérapeutiques pour soigner le paludisme...la révolution dans la disponibilité, l'efficacité et la réduction des prix des moustiquaires imprégnées d'insecticide. La santé infantile bénéficie actuellement d'une plus grande priorité aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale. Plus important encore, des fonds additionnels d'un niveau très significatif sont mis à disposition pour améliorer la santé en Afrique.

Le défi que nous devons tous relever a naturellement trait à la question de savoir comment «garantir l'utilisation efficace de l'argent», comment mieux assurer le lien entre la disponibilité des ressources et l'amélioration des résultats dans le domaine de la santé. À cet égard, la situation devrait être tout à fait claire. En effet, les

technologies sanitaires sont disponibles et elles devraient faciliter la réduction de la mortalité infantile à un niveau suffisant pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Les financements commencent à être disponibles. Souvent, les problèmes se réduisent à un manque de capacités humaines pour la prestation des services, à un manque d'infrastructures et à des difficultés pour acheminer les fonds d'une manière efficace et responsables vers la périphérie.

Mais l'un des problèmes majeurs est le chômage massif, en particulier chez les jeunes, et notamment ceux qui sont suffisamment éduqués. En conséquence, je propose que nous nous attaquions au défi de l'identification des voies et moyens d'innover, de penser et travailler différemment, de modifier certaines structures et règles plutôt rigides du passé (dont certaines nous ont été en fait imposées de l'extérieur), afin de mobiliser, d'organiser et de superviser tout ce potentiel non réalisé et tout ce talent non exploité. Nous devons naturellement envisager des mutations très radicales au niveau des tâches. Nous devons aussi envisager de faire appel au pouvoir des communautés elles-mêmes selon une approche nouvelle, autre que la bonne vieille notion de volontariat.

Permettez-moi de m'écarter du sujet pendant un bref instant. J'entends sans arrêt dire que l'obstacle le plus important à l'amélioration de la santé en Afrique est le manque de ressources humaines appropriées : médecins, infirmiers et personnel paramédical. Cependant, au cours des dix dernières années, presque tous les pays d'Afrique se sont dotés d'un système de téléphonie mobile de pointe, très perfectionné, et le nombre de personnes ayant accès au téléphone a centuplé. On a construit des dizaines de milliers de centrales, vendu des millions de téléphones et de cartes téléphoniques, et recruté et formé des millions de travailleurs. Le système continue à fonctionner et ne fait que s'étendre. Et à aucun moment je n'ai entendu dire que le manque de ressources humaines faisait obstacle en Afrique à l'implantation de cet important nouveau phénomène! Le secteur privé a innové et s'est adapté. Il a su se montrer souple et a trouvé de nouveaux moyens d'opérer. Il est évident qu'il n'a pas exigé de tous ses employés un doctorat en électronique, et qu'il a bien rémunéré son personnel.

Il est bien entendu réconfortant de voir que grand nombre de pays pratiquent déjà des innovations de ce type. Le Malawi, par exemple, a un effectif de près de 5000

auxiliaires de surveillance sanitaire et des plans déjà financés pour doubler ce nombre. Ces jeunes, qui détiennent un certificat de fin de scolarité, deviennent fonctionnaires après une courte période initiale de formation intensive en institution et reçoivent un salaire modeste mais régulier (environ US \$25 par mois). Ils sont affectés dans leur communauté. Même si le nom qu'on leur donne ne l'indique pas, ce sont en fait des agents de santé communautaire polyvalents, et il est probable que c'est en partie grâce à cette innovation que la mortalité infantile et des moins de cinq ans ne fait que diminuer au Malawi.

En Éthiopie, les agents de santé de proximité seront le premier point de contact de près de la moitié de la population avec les soins de santé, et il est prévu de former 30 000 de ces agents. Il semblerait que cette stratégie donne déjà des fruits et l'on peut voir des signes prometteurs de réduction de la mortalité infantile.

Le Rwanda montre la voie pour ce qui est de l'innovation dans un autre domaine critique des systèmes de santé, à savoir les systèmes d'information pour la gestion sanitaire. S'inspirant au départ des travaux relatifs à la surveillance du lancement des programmes de traitement du sida au moyen de TRACnet, système Internet qui accepte l'introduction de données par téléphone ou par la toile, le pays utilise à présent des logiciels et une technique de communication de pointe pour créer un système unifié qui fournit des données disponibles en temps utile aux administrateurs locaux et nationaux de santé pour leur permettre de planifier à bon escient. Les agents de santé au Rwanda n'ont plus besoin de remplir et de soumettre un grand nombre de formulaires, ce qui leur donne suffisamment de temps pour se former et pouvoir améliorer la santé des populations.

Au Kenya, il est maintenant possible d'effectuer des transferts de fond d'un point à l'autre du pays à l'aide de téléphones portables. L'UNICEF explore la possibilité d'utiliser cette technologie pour effectuer des paiements d'un montant limité en espèces en faveur de milliers de familles pauvres pour leur permettre de s'occuper des orphelins du sida. Mais un perfectionnement de ce type de technologie contribuerait à réduire les délais d'acheminement des fonds qui se feraient alors en quelques minutes au lieu de prendre des mois, et à améliorer la responsabilité et la transparence.

Pour toutes ces raisons, et bien d'autres, je suis optimiste: je pense que nous entrons dans une ère nouvelle et que dans la plupart des pays africains, nous allons améliorer la santé de tous, des enfants, des femmes, des mères. Par exemple, des enquêtes démographiques et de santé font état de progrès sensibles, en matière de réduction de la mortalité infantile, dans 11 pays d'Afrique orientale et australe. Pour nous tous, l'enjeu est maintenant de poursuivre et d'accélérer ces progrès, et d'en élargir la portée.

Pour terminer, permettez-moi de parler du défi du VIH et du sida. Une fois de plus, j'estime qu'il y a lieu de faire preuve d'un optimisme modéré. Cette pandémie ne va pas anéantir l'Afrique, comme l'ont prédit certains prophètes de malheur. En effet, les taux de prévalence et d'incidence sont demeurés relativement faibles et stables dans une grande partie de l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Ouest, et même dans certaines parties d'Afrique orientale et australe comme Madagascar, les Comores et la Somalie. Mais nous sommes tous d'accord que nous ne saurions faire preuve de complaisance et que nous devons plutôt redoubler d'efforts en faveur de la prévention. En Afrique, l'OMS, l'ONUSIDA, le FNUAP et l'UNICEF sont déjà convenus de travailler étroitement ensemble pour fournir aux pays un appui dans leurs efforts d'accélération de la prévention de l'infection à VIH, en recourant à des approches fondées sur des bases factuelles et aux principes de santé publique bien établis pour la lutte contre les maladies infectieuses.

Peut-être que la nouvelle possibilité la plus intéressante dans la prévention du VIH depuis l'adoption de la PTME est le constat que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque d'infection à VIH chez les hommes. Ceci explique en partie pourquoi beaucoup de pays en Afrique australe sont si disproportionnellement touchés par la pandémie, et pourquoi tant de pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest présentent des taux d'infection plus faibles. Je ne me fais pas d'illusions quant à l'introduction de la circoncision masculine sans danger comme option facile de prévention de l'infection à VIH. Mais j'estime que c'est un choix que devraient sérieusement envisager les gouvernements des pays où la prévalence du VIH est élevée. L'UNICEF a donné son accord pour travailler avec l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organismes pour aider les pays dans ce sens.

**ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTE-HUITIÈME 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
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006–2007 : Rapport biennal du Directeur régional
7. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 7.1 Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool
 - 7.2 Prévention et lutte anticancéreuses: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
 - 7.3 Recherche et développement sanitaire dans la Région africaine de l'OMS : Faire face aux défis du Millénaire
 - 7.4 S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine de l'OMS
 - 7.5 Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action
 - 7.6 Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie
 - 7.7 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle dans la Région africaine de l'OMS
 - 7.8 Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives

- 7.9 Sécurité du patient dans les services de santé en Afrique: enjeux et solutions
- 8. Information
 - 8.1 Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation
 - 8.2 Initiative en faveur des pays et renforcement des bureaux de pays de l'OMS: Le point de la situation
 - 8.3 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS: Incidences pour la Région africaine
 - 8.4 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
 - 8.5 Éradication de la poliomyélite: Rapport de situation
 - 8.6 Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire: Le point de la situation
- 9. Discussion de groupe : Partage des meilleures pratiques dans l'intensification des interventions ciblant la réduction de la mortalité maternelle; la prévention et la lutte contre le paludisme; la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida; et l'amélioration de la couverture vaccinale
- 10. Rapport de la Discussion de groupe
- 11. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
- 12. Dates et lieux des cinquante-neuvième et soixantième sessions du Comité régional
- 13. Adoption du rapport du Comité régional
- 14. Clôture de la cinquante-huitième session du Comité régional.

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC57/1	Ordre du jour
AFR/RC57/1 Add.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC57/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006 : Rapport annuel du Directeur régional
AFR/RC57/3	Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC57/4	Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie Pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC57/5	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC57/6	Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC57/7	Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC57/8	Renforcement des systèmes de santé dans la Région Africaine de l'OMS : Réalités et opportunités
AFR/RC57/9	Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC57/10	Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre La double épidémie dans la Région africaine de l'OMS

AFR/RC57/11	Budget Programme de l’OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine
AFR/RC57/12	Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme
AFR/RC57/13	Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d’une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l’OMS
AFR/RC57/14	Usage nocif de l’alcool dans la Région africaine de l’OMS : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC57/15	Rapport Sous-Comité Programme
AFR/RC57/RT/1	Table ronde : Prévention et lutte contre le cancer dans la Région africaine de l’OMS
AFR/RC57/PD/1	Discussion de groupe : Le rôle des communautés dans l’amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant dans la Région africaine de l’OMS
AFR/RC57/16	Rapports de la Table ronde et de la Discussion de groupe
AFR/RC57/17	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l’Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC57/18	Dates et lieux des cinquante-huitième et cinquante-Neuvième sessions du Comité régional
AFR/RC57/19	Adoption du rapport du Comité régional
AFR/RC57/R1	Résurgence du choléra dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

AFR/RC57/R2	Sécurité sanitaire des aliments et santé : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC57/R3	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC57/R4	Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC57/R5	Budget programme de l'OMS pour 2008–2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine
AFR/RC57/R6	Motion de remerciements
AFR/RC57/INF.DOC/1	Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation
AFR/RC57/INF.DOC/2	Élimination de la lèpre : Rapport de situation
AFR/RC57/INF.DOC/3	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC57/INF.DOC/4	Rapport d'audit : Recommandations et état de mise en œuvre
AFR/RC57/INF.DOC/5	Termes de référence des réunions des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC57/INF.DOC/6	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le groupe de travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24
AFR/RC57/CONF.DOC/1	Allocution de Madame Emilienne Raoul, Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille

- AFR/RC57/CONF.DOC/2 Allocution du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministre de la santé de l'Éthiopie, Président de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC57/CONF.DOC/3 Discours du Dr Luis G. Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC57/CONF.DOC/4 Allocution de la Représentante du Commissaire aux Affaires sociales,
- AFR/RC57/CONF.DOC/5 Discours du Directeur général de l'OMS, Dr Margaret Chan, à l'ouverture de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC57/CONF.DOC/6 Discours de S. E. M. Isidore Mvouba, Premier Ministre, Chargé de la coordination de l'action du Gouvernement et des Privatisations de la République du Congo, à l'occasion de l'ouverture officielle de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC57/CONF.DOC/7 Intervention de M. Per Engebak, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe
- AFR/RC57/INF/01 Bulletin d'information sur la République du Congo