

**Soixantième session
du
Comité régional de l’OMS
pour l’Afrique**

*Malabo, Guinée équatoriale
30 août – 3 septembre 2010*

Rapport final



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

**Soixantième session
du
Comité régional de l’OMS
pour l’Afrique**

*Malabo, Guinée équatoriale
30 août – 3 septembre 2010*

Rapport final

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2010

AFR/RC60/21

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2010)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de 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

PARTIE I

ABRÉVIATIONS ix

DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations1

Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs1

Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs2

Décision 4 : Vérification des pouvoirs2

Décision 5 : Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme3

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du
Comité régional3

Décision 7 : Ordre du jour de la cent-vingt-huitième session
du Conseil exécutif3

Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire
partie du Conseil exécutif4

Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante-Quatrième Assemblée
mondiale de la Santé4

Décision 10 : Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions
du Comité régional6

Décision 11 : Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) Membre de catégorie 2 du Comité d’Orientation et de Coordination (PCC).....	6
Décision 12 : Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales – Membre du Conseil conjoint de coordination	6
Décision 13 : Désignation d’un Représentant de la Région africaine à l’Assemblée générale du Partenariat Europe-Pays en Développement sur les Essais cliniques (EDCTP).....	7
Décision 14 : Désignation des Membres du Groupe de Travail consultatif d’Experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement sur les essais cliniques	7

RÉSOLUTIONS

AFR/RC60/R1 : Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine	8
AFR/RC60/R2 : Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS	11
AFR/RC60/R3 : Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives	14
AFR/RC60/R4 : Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations	17
AFR/RC60/R5 : Fonds africain pour les urgences de santé publique	20
AFR/RC60/R6 : Motion de remerciements	22

PARTIE II

Paragrophes

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE.....	1 – 28
ORGANISATION DES TRAVAUX	29 – 36
Constitution du Sous-Comité des Désignations	29
Allocution d'ouverture du Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional	30 – 31
Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	32
Adoption de l'ordre du jour.....	33
Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	34 - 36
DISCOURS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS.....	37 – 39
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2008-2009 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC60/2)	40 – 59

PRÉSENTATION ET EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC60/15)	60-151
Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/3).....	61 – 68
Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/4).....	69 – 75
Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations (document AFR/RC60/14)	76 – 84
Solutions en matière de cybersanté dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/5).....	85 – 92
Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/6)	93 – 100
Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/7).....	101 – 107
Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/8)	108 – 114
Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/10).....	115 – 121
Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/12)	122 – 128
Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/9)	129 – 134
Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives : (document AFR/RC60/11)	135 – 140

Document-Cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13).....	141 – 151
DOCUMENTS D'INFORMATION.....	152
RAPPORT DU GROUPE SPÉCIAL RÉGIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES PRODUITS MÉDICAUX DE QUALITÉ INFÉRIEURE/FAUX/FAUSSEMENT ÉTIQUETÉS/FALSIFIÉS/CONTREFAITS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC60/16)	153 – 165
BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2012-2013 (document AFR/RC60/17)	166 – 174
FINANCEMENT FUTUR DE L'OMS (document AFR/RC60/18).....	175 – 177
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (document AFR/RC60/19).....	178 – 182
DATES ET LIEUX DES SOIXANTE ET UNIÈME ET SOIXANTE-DEUXIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC60/20)	183 – 184
ADOPTION DU RAPPORT DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC60/21).....	185
CLÔTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL	186 – 195
Motion de remerciements	186
Allocution du Directeur régional	187 -190
Mot de clôture du Président du Comité régional	191 – 195

PARTIE III

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	80
2. Ordre du jour de la soixantième session du Comité régional	99
3. Programme de travail	102
4. Rapport du Sous-Comité du Programme (y compris les appendices)	109
5. Rapport des Discussions en panel sur l'accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence	152
6. Allocution de M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social de la Guinée équatoriale	156
7. Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	162
8. Allocution du Professeur Alpha Oumar Konaré, ancien Chef d'État du Mali et ancien Président de la Commission de l'Union africaine	167
9. Allocution d'ouverture du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS	177
10. Discours de Son Excellence Obiang Nguema Mbasogo, Chef de l'État et Président Fondateur du PDGE, à l'ouverture officielle de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	180
11. Allocution du Dr Richard Sezibera, Ministre de la Santé du Rwanda, Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS	186
12. Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional	193
13. Liste des documents	196

ABRÉVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
AIEA	Agence internationale de l'Énergie atomique
ANRP	Autorité nationale de Règlementation pharmaceutique
APHEF	Fonds africain pour les urgences de santé publique
ARV	Antirétroviraux
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
BP	Budget programme
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
CEMAC	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CIRC	Centre international de Recherche sur le Cancer
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DTC3	(Trois doses du) vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
EAIP	Équipe d'appui interpays
EPR	Préparation et riposte aux situations d'urgence
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GIVS	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
GSM	Système mondial de gestion
GTT	Groupe de travail technique
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IMPACT	Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux
MGF	Mutilation génitale féminine
OMPI	Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OS	Objectif stratégique
PIB	Produit intérieur brut
PID	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

PSMT	Plan stratégique à moyen terme
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RCM	Instance de coordination régionale
RDT	Équipes des Directeurs régionaux
RHS	Ressources humaines pour la santé
SCD	Drépanocytose
SHOC	Centre stratégique d'Opérations sanitaires
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	Soins de santé primaires
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
TB-UR	Tuberculose à bacilles ultrarésistants
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UA	Union africaine
UIT	Union internationale des Télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

PARTIE I

**DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS**

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 États Membres suivants: Algérie, Angola, Botswana, Comores, Gabon, Mali, Maurice, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles et Tchad.

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le 31 août 2009. Les délégués des États Membres ci-après étaient présents: Angola, Botswana, Comores, Gabon, Maurice, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles et Tchad.

Le Mali et la République centrafricaine n'ont pas pu prendre part à la réunion. L'Algérie non plus, les informations n'ayant pas été reçues à temps.

Le Sous-Comité des Désignations a élu Président le Dr José Vieira Dias Van-Dûnem, Ministre de la Santé de l'Angola.

Première séance, 30 août 2010

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément aux articles 10 et 15 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>	M. Francisco Pascual Eyegue Obama Asue Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social, Guinée équatoriale
<i>1^{er} Vice-Président</i>	Professeur Christian Chukwu Ministre de la Santé, Nigéria
<i>2^{ème} Vice-Président</i>	M. Modou Diagne Fada Ministre de la Santé et de la Prévention, Sénégal

Rapporteurs

Mme Amina NurHussein (pour l'anglais),
Ministre de la Santé,
Érythrée

Dr (Mme) Toutftâ Boguena (pour le français),
Ministre de la Santé publique,
Tchad

Dr Basilio Mosso Ramos (pour le portugais),
Ministre d'État chargé de la Santé,
Cap-Vert

Deuxième séance, 30 août 2010

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 : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Guinée-Bissau, Libéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 31 août 2010. Les délégués des États Membres ci-après étaient présents : Burkina Faso, Libéria, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité a élu Président le Dr K. S. Daoh, Chef de la délégation de la Sierra Leone.

Deuxième séance, 31 août 2010

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, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, 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 Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe, et les a jugés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.

La Gambie n'a pas présenté de pouvoirs.

Troisième séance, 31 août 2010

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

Le mandat des pays ci-après, au sein du Sous-Comité du Programme, vient à expiration à la fin de la soixantième session du Comité régional: Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Madagascar et Malawi.

Ils seront remplacés par les pays suivants: Afrique du Sud, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger et Seychelles. Ces pays rejoindront ainsi l'Érythrée, l'Éthiopie, le Gabon, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, Maurice, le Mozambique, la Namibie, le Libéria et la République démocratique du Congo dont le mandat expire en 2011.

Huitième séance, 1^{er} septembre 2010

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé le projet d'ordre du jour provisoire de sa soixante et unième session (*voir l'annexe 12*).

Onzième séance, 2 septembre 2010

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

Le Comité régional a pris note de l'ordre du jour provisoire de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif (*voir l'annexe 1 du document AFR/RC60/19*).

Onzième séance, 2 septembre 2010

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-neuvième session du Comité régional, le Mozambique et les Seychelles ont désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif à compter de la cent vingt-septième session du Conseil exécutif en mai 2010.
- 2) Les mandats de la Mauritanie (Sous-région I), de Maurice (Sous-région III), du Niger (Sous-région I) et de l'Ouganda (Sous-région II), expireront à la clôture de la Soixante-Quatrième 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 le Nigeria (Sous-région I), le Sénégal (Sous-région I), la Sierra Leone (Sous-région I) et le Cameroun (Sous-région II).
- 3) Le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone et le Cameroun assisteront à la cent vingt-neuvième session du Conseil exécutif, après la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011, et devront confirmer leur disponibilité au moins six (6) semaines avant la Soixante-Quatrième 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.

Onzième séance, 2 septembre 2010

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

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la soixantième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-Président de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2011.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixante-Quatrième 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; et
 - Rapporteurs des Commissions principales.
- 3) Sur la base de l'ordre alphabétique anglais et du groupement géographique sous-régional, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger au Bureau: Botswana, Érythrée, Éthiopie, Gambie et Guinée.
- 4) Sur cette même base, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger à la Commission de Vérification des Pouvoirs: Guinée-Bissau, Gabon et Malawi.

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

- 5) 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 14 mai 2011 à 9h30 au Siège de l'OMS, à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-neuvième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé présentant un intérêt particulier pour la Région africaine.
- 6) Durant l'Assemblée mondiale de la Santé, des réunions de coordination rassemblant les délégués africains auront lieu chaque matin de 8h00 à 9h00 au Palais des Nations, à Genève.

Onzième séance, 2 septembre 2010

**Décision 10 : Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions
du Comité régional**

Conformément au Règlement intérieur, le Comité régional a décidé, à sa soixantième session, de tenir sa soixante et unième session en Côte d'Ivoire du 29 août au 2 septembre 2011, et sa soixante-deuxième session en Angola du 27 au 31 août 2012.

Douzième séance, 2 septembre 2010

**Décision 11 : Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme
spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la
Recherche en Reproduction humaine (HRP) Membre de catégorie 2
du Comité d'orientation et de coordination (PCC)**

Le mandat du Ghana au sein du Comité d'orientation et de coordination du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine expire le 31 décembre 2010. Ce pays sera remplacé par le Kenya pour une période de trois ans, à compter du 1^{er} janvier 2011. Le Kenya se joindra ainsi à l'Éthiopie, à la Guinée et à la Guinée-Bissau qui siègent au Comité d'orientation et de coordination.

Treizième séance, 3 septembre 2010

**Décision 12 : Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les
Maladies tropicales – Membre du Conseil conjoint de
coordination**

Le mandat des Comores expirera le 31 décembre 2010. Suivant l'ordre alphabétique anglais, les Comores seront remplacées par la Côte d'Ivoire pour un mandat de quatre ans, à compter du 1^{er} janvier 2011. Conformément à la décision du le Comité régional, l'autre membre de la Région, au sein du Conseil conjoint de coordination, est le Congo.

Treizième séance, 3 septembre 2010

Décision 13 : Désignation d'un Représentant de la Région africaine à l'Assemblée générale du Partenariat Europe-Pays en Développement sur les Essais cliniques (EDCTP)

Le Partenariat Europe-Pays en Développement sur les Essais cliniques (EDCTP) vise à mettre au point de nouvelles interventions cliniques pour combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Afin de garantir la participation accrue de la Région africaine à l'élaboration des politiques, ainsi que l'appropriation et le leadership dans le domaine de la recherche, l'Assemblée générale de l' EDCTP a invité le Comité régional, par l'intermédiaire du Directeur régional, à désigner des représentants qui deviendront des membres associés sans responsabilité vis-à-vis des tiers. Le représentant ou son adjoint participera à l'Assemblée générale de l'EDCTP à compter du 1^{er} octobre 2010, pour une période de deux ans. Le Comité régional a décidé que le Ghana propose le représentant et la Zambie le représentant adjoint à l'Assemblée générale de l' EDCTP , pour une période de deux ans.

Treizième séance, 3 septembre 2010

Décision 14 : Désignation des Membres du Groupe de Travail consultatif d'Experts sur le financement et la coordination de la recherche développement

La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de l'OMS de créer le Groupe de Travail consultatif d'Experts (CEWG) sur le financement et la coordination de la recherche-développement. Le CEWG, qui est axé sur les résultats et est à durée limitée, sera chargé d'examiner le financement et la coordination actuels de la recherche-développement, ainsi que des propositions de sources de financement nouvelles et innovantes pour stimuler la recherche-développement. À l'issue des consultations menées avec les pays, le Comité régional a décidé que l'Afrique du Sud, le Burundi, le Kenya, Madagascar, le Malawi, la Mauritanie, le Sénégal et le Zimbabwe proposent chacun un représentant au CEWG. Sur cette base, le Directeur général procédera à une sélection et soumettra une proposition à la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif.

Treizième séance, 3 septembre 2010

RÉSOLUTIONS

AFR/RC60/R1 : Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine»;

Rappelant le rapport et les recommandations de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé (CDSS);

Notant les appels et les engagements mondiaux et régionaux pour la réduction du fossé en matière d'équité en santé en s'attaquant aux facteurs de risque et à leurs déterminants, à savoir la Charte de Bangkok pour la Promotion de la Santé dans un Monde globalisé (2005) ; l'Appel à l'Action de Nairobi pour combler le fossé dans la mise en œuvre (2009) ; et les Déclarations de Ouagadougou et de Libreville;

Notant également le consensus mondial, au niveau des Nations Unies, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement au plus tard en 2015, et les préoccupations exprimées au sujet de l'insuffisance des progrès accomplis dans bon nombre de pays de la Région africaine vers la réalisation de ces objectifs;

Se félicitant à cet égard de la résolution WHA61.18 qui prescrit l'institution d'un suivi annuel, par l'Assemblée mondiale de la Santé, de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé;

Prenant note de la résolution WHA62.14 intitulée «Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé», adoptée par la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2009;

Reconnaissant qu'il existe des iniquités et des inégalités au sein d'un même pays et entre pays de la Région africaine, et que les facteurs structurels à cet égard sont notamment l'éducation, le commerce, la mondialisation, les conditions d'emploi et de travail, la sécurité alimentaire, l'eau et l'assainissement, les services de soins de santé, le logement, les revenus et leur distribution, l'urbanisation anarchique, et l'exclusion sociale;

Notant que la plupart de ces principaux déterminants de la santé résultent du contexte politique, économique, social et environnemental, et sont donc liés à la bonne gouvernance et à la justice sociale pour tous et notamment les pauvres, les femmes, les enfants et les personnes âgées;

Préoccupé de ce que la pauvreté grandissante, la crise financière mondiale, le changement climatique, la pandémie de grippe, la mondialisation et l'urbanisation peuvent élargir encore le fossé en matière d'équité en santé, avec des conséquences différentes sur les divers groupes de population, et se solder par une augmentation des décès prématurés, des invalidités et des maladies évitables;

Reconnaissant les efforts déployés par les États Membres de la Région africaine pour réduire le fossé en matière d'équité en santé et les progrès réalisés par certains d'entre eux;

Conscient des données toujours plus nombreuses qui montrent qu'il est possible d'agir sur le fossé en matière d'équité et sur ses déterminants;

Notant la nécessité pour les États Membres d'intégrer l'équité en santé dans toutes les politiques et tous les programmes, de préconiser la réduction du fossé en matière d'équité moyennant une action sur les déterminants de la santé, et de documenter les bases factuelles;

1. APPROUVE la Stratégie régionale pour agir sur les principaux déterminants de la santé dans la Région africaine qui figure dans le document AFR/RC60/3 et remercie le Secrétariat de l'OMS et la Commission des Déterminants sociaux de la Santé pour le travail qu'ils ont accompli;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à étudier les recommandations du rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et à déterminer celles qui s'appliquent aux circonstances de leur pays;
 - b) à établir au niveau national un leadership, des politiques et des structures durables pour la coordination de l'action intersectorielle en vue d'agir sur les déterminants de la santé dans tous les groupes de population et tous les problèmes prioritaires de santé publique;

- c) à surveiller les tendances en matière d'équité en santé et à recueillir et diffuser les résultats pour renforcer la mise en œuvre des politiques et des programmes relatifs aux problèmes prioritaires de santé publique;
 - d) à promouvoir la recherche quantitative et qualitative afin de comprendre les facteurs qui influent sur les tendances en matière d'équité en santé, y compris le rôle des croyances et valeurs culturelles;
 - e) à créer ou à renforcer des mécanismes institutionnels nationaux pour surveiller la mise en œuvre de la stratégie régionale et rendre compte des résultats;
3. PRIE le Directeur régional :
- a) de renforcer le rôle de leadership de l'OMS et des ministères de la santé en matière de plaidoyer et de coordination des actions intrasectorielles et intersectorielles en fournissant des directives, politiques et stratégies pour agir sur les déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs et tous les problèmes prioritaires de santé publique;
 - b) de fournir un appui aux pays pour qu'ils établissent des systèmes de surveillance systématique couvrant la collecte de données désagrégées et l'analyse de l'équité en santé;
 - c) d'appuyer la recherche nationale et régionale sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux, culturels et comportementaux susceptibles d'influer sur les résultats sanitaires;
 - d) de renforcer la capacité des États Membres à conférer une autonomie accrue aux individus, aux familles et aux communautés, en les informant davantage sur les déterminants de la santé dans le cadre de la redynamisation des soins de santé primaires;
 - e) de faire rapport au Comité régional, à sa soixante-deuxième session (2012), sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

Troisième séance, 31 août 2010

AFR/RC60/R2 : Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, et WHA61.4 sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que l'approbation, au cours de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 2010, de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool;

Considérant les rapports du Directeur régional intitulés «Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS: Analyse de la situation et perspectives» et «Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool», présentés respectivement aux cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;

Reconnaissant que la charge de morbidité due à l'alcool est en augmentation dans la Région africaine et que les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool sont nombreux et peuvent avoir des effets néfastes sur des personnes autres que le consommateur;

Reconnaissant également qu'une proportion significative de l'alcool consommé dans la Région est produite informellement et pourrait représenter des risques supplémentaires pour la santé ;

Préoccupé par les bases factuelles croissantes montrant qu'il existe un lien entre l'alcool et la consommation de drogues illicites, les comportements sexuels à haut risque et les maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/sida;

Notant le manque de sensibilisation du public et la faible reconnaissance des méfaits de l'alcool;

Conscient de la nécessité de garantir le leadership des pouvoirs publics pour protéger les populations à risque, les jeunes et les victimes de l'alcoolisme passif;

Notant les possibilités offertes en matière de mobilisation des communautés, du secteur de la santé et des partenaires pour améliorer la surveillance et mettre au point des interventions fondées sur des bases factuelles;

Conscient de la nécessité d'envisager des approches multisectorielles et d'assurer la coordination avec les principales agences, organisations et parties prenantes;

1. APPROUVE la Stratégie régionale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS, telle que proposée dans le document AFR/RC60/PSC/4;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres:
 - a) à reconnaître que l'usage nocif de l'alcool constitue un problème de santé publique majeur et à lui accorder la priorité dans leurs programmes nationaux de santé, de bien-être social et de développement;
 - b) à élaborer, renforcer et mettre en œuvre des politiques nationales et des interventions fondées sur les bases factuelles, et à adopter et appliquer la réglementation et la législation pertinentes en la matière;
 - c) à mobiliser et à garantir la disponibilité de ressources financières et humaines appropriées pour mettre en œuvre les politiques nationales sur l'alcool, et à examiner la possibilité d'utiliser les recettes générées par les taxes sur l'alcool pour financer la mise en œuvre de la présente Stratégie;
 - d) à mettre en place les mécanismes de recherche, de surveillance et de suivi nécessaires pour évaluer la performance dans la mise en œuvre de la politique sur l'alcool et garantir la présentation de rapports au Secrétariat de l'OMS, sur une base régulière;
 - e) à assurer la coordination intersectorielle, par la création d'un comité intersectoriel regroupant tous les secteurs et institutions publics et toutes les organisations gouvernementales et non gouvernementales concernés;
 - f) à sensibiliser le public aux méfaits de l'alcool et à encourager la mobilisation et la participation active de tous les groupes sociaux et économiques concernés aux efforts visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.
3. PRIE le Directeur régional:

- a) de continuer à appuyer et à accorder la priorité à la prévention et à la réduction de l'usage nocif de l'alcool, et d'intensifier les efforts visant à mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la présente Stratégie;
- b) de fournir aux États Membres un appui technique pour le développement et le renforcement des capacités institutionnelles dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales et des interventions fondées sur les bases factuelles, afin de prévenir les effets néfastes de l'usage de l'alcool;
- c) de fournir aux États Membres un appui technique pour l'intégration des interventions de prévention et de traitement des méfaits de l'usage nocif de l'alcool dans l'approche des soins de santé primaires, et de renforcer les capacités des pays pour le traitement, les soins et l'appui appropriés en faveur des personnes touchées par les troubles dus à l'usage de l'alcool et de leurs proches;
- d) de continuer à appuyer la collecte et l'analyse des données sur la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, et de renforcer le système régional d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé;
- e) de faciliter la recherche sur les bonnes pratiques et leur diffusion dans les pays africains, par l'organisation de conférences, et de faciliter la mise en œuvre de la présente Stratégie, par la constitution d'un réseau régional d'homologues nationaux;
- f) d'élaborer un plan d'action régional pour la mise en œuvre de la présente Stratégie;
- g) d'organiser des consultations régionales ouvertes avec les représentants de l'industrie de l'alcool, des secteurs du commerce, de l'agriculture et des autres secteurs concernés sur leur contribution potentielle aux efforts de réduction de l'usage nocif de l'alcool;
- h) de présenter un rapport sur l'état de mise en œuvre de la Stratégie régionale au Comité régional, tous les deux ans, et aux assises régionales ou internationales, s'il y a lieu.

Troisième séance, 31 août 2010

**AFR/RC60/R3 : Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine :
Contexte actuel et perspectives**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives»;

Conscient du rôle significatif que peuvent jouer les technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le renforcement des systèmes nationaux de santé pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et dans l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région;

Notant que la cyber-santé peut améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation de l'information et des bases factuelles pour l'élaboration des politiques et la prise de décisions, notamment par le renforcement des systèmes d'information sanitaire et des systèmes de surveillance de la santé publique;

Notant également que l'utilisation des TIC peut accroître l'efficacité des services de santé en apportant des solutions telles que les assistants numériques personnels à ce niveau des soins, les dossiers médicaux électroniques et d'autres applications pour la facturation, la programmation et le suivi des patients, et la transmission électronique des ordonnances, contribuant en fin de compte à l'amélioration de la qualité des soins;

Reconnaissant que les applications TIC, par le biais de la télémédecine, peuvent contribuer à améliorer l'équité en santé grâce à la connexion entre les populations mal desservies des zones rurales et les formations sanitaires implantées dans les zones urbaines, qui sont dotées de personnels hautement qualifiés et de technologies médicales;

Conscient du fait que les solutions TIC peuvent contribuer à la formation et au perfectionnement professionnel des agents de santé par l'éducation sanitaire continue, en recourant à des programmes ciblés de cyber-apprentissage, et aider à résorber la crise des ressources humaines pour la santé;

Reconnaissant que les avancées dans le domaine des TIC, y compris l'Internet et le téléphone mobile, offrent la possibilité d'atteindre le public à domicile, à l'école et au lieu de travail, pour lui fournir des informations utiles en matière d'éducation sanitaire et de promotion de la santé;

Rappelant la résolution WHA58.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la cyber-santé; la résolution AFR/RC56/R8 du Comité régional sur la gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS: Orientations stratégiques; la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire; et la Déclaration d'Alger sur le comblement du déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique;

Préoccupé par le fait que les avancées rapides dans le domaine des TIC ont placé les pays sous d'intenses pressions du marché pour qu'ils adoptent les services associés aux TIC, faisant aussitôt ressortir la nécessité de veiller à ce que l'introduction des TIC dans le secteur de la santé soit fondée sur les besoins des pays et des politiques appropriées, plutôt que sur les pressions des producteurs de technologies;

Conscient du fait que les défis liés à la mise en œuvre à grande échelle des solutions de cyber-santé sont notamment la «fracture numérique», les connaissances limitées en matière de cyber-santé, l'absence d'un environnement politique favorable, le faible niveau de leadership et de coordination, l'insuffisance des ressources humaines et financières, la faiblesse de l'infrastructure et des services TIC au sein du secteur de la santé, et les faiblesses des systèmes de suivi et d'évaluation;

1. APPROUVE le document intitulé «Solutions en matière de cyber-santé: Contexte actuel et perspectives»;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres:
 - a) de promouvoir au niveau national l'engagement politique et la prise de conscience en matière de cyber-santé, y compris la désignation et l'utilisation de champions à cette fin, et de renforcer la capacité du secteur de la santé à négocier avec les ministères en charge des télécommunications et les autres ministères concernés, et à conduire le processus national d'adoption de la cyber-santé;

- b) de mettre en place un environnement politique favorable en conduisant une évaluation des besoins dans le domaine de la cyber-santé, en élaborant des politiques, stratégies et normes nationales, ainsi que des mécanismes de gouvernance appropriés, et en élaborant des plans et cadres stratégiques à long terme pour la cyber-santé;
- c) de renforcer le leadership et la coordination pour la cyber-santé, y compris en explorant la possibilité de mettre en place des mécanismes multidisciplinaires et intersectoriels d'appui;
- d) de renforcer l'infrastructure et de mettre en place des services de cyber-santé, y compris des connexions Internet pour les établissements de santé; des sites web pour les ministères de la santé; des réseaux locaux; et des installations de télémédecine, au sein de leurs environnements précis, tout en veillant à l'interopérabilité des systèmes;
- e) de renforcer systématiquement les capacités humaines pour la cyber-santé, en introduisant l'enseignement des TIC dans les institutions de formation des personnels de santé, y compris la formation à la cyber-santé dans le cadre des programmes d'éducation continue organisés à l'intention des agents de santé, et en œuvrant à la promotion de l'utilisation des programmes de cyber-apprentissage pour la formation professionnelle, et de recruter des experts en cyber-santé;
- f) d'effectuer les investissements nécessaires dans l'infrastructure et les services de cyber-santé, en recourant aux financements intérieurs et extérieurs, tout en garantissant l'intégration des TIC dans tous les processus budgétaires pour promouvoir la durabilité et encourager la participation du secteur privé;
- g) de mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux de cyber-santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de faciliter le plaidoyer de haut niveau et la coordination des interventions des partenaires, en collaboration avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales, la CEA, l'Union internationale des Télécommunications, et les institutions financières internationales, pour la mobilisation de ressources suffisantes et une coopération technique efficiente;
- b) de fournir aux États Membres un appui technique pour les aider à élaborer des plans stratégiques nationaux de santé et à mettre en œuvre des applications et solutions de cyber-santé, y compris la fourniture d'orientations pour les négociations avec les fournisseurs de solutions de cyber-santé;
- c) de fournir aux États Membres un appui pour le suivi des services de cyber-santé et pour la documentation et le partage des expériences et des meilleures pratiques;
- d) de faire rapport à la soixante-deuxième session du Comité régional et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés.

Quatrième séance, 31 août 2010

AFR/RC60/R4 : Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le rapport du Directeur régional sur la situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine;

Reconnaissant qu'en dépit des progrès considérables dans l'amélioration de la couverture vaccinale systématique dans la Région africaine pendant la période 2006-2009, chaque année un nombre important d'enfants ne sont pas vaccinés et doivent l'être si l'on veut atteindre les cibles mondiales et régionales convenues;

Préoccupé de ce que l'amélioration de la couverture régionale masque des disparités dans la couverture vaccinale aux niveaux national et infranational;

Profondément préoccupé du fait que les niveaux actuels de financement national alloué à la vaccination ne peuvent maintenir les progrès réalisés à ce jour au moyen des vaccins courants, ainsi que l'introduction et l'utilisation à une plus grande échelle de nouveaux vaccins plus onéreux que les vaccins courants;

Conscient de ce que les avancées récentes dans les activités d'éradication de la polio et de lutte antirougeoleuse sont fragiles et qu'elles sont mises en péril par une couverture vaccinale systématique sous-optimale au niveau du district dans plusieurs pays, et de ce qu'un grand nombre d'enfants ne sont pas vaccinés pendant les activités de vaccination supplémentaires organisées dans les pays;

Conscient de ce que l'élargissement maximum de l'accès aux services de vaccination et de leur utilisation sera réalisé grâce à l'application étendue de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) et d'autres stratégies novatrices;

Soulignant la nécessité pour tous les pays de s'employer à réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement N° 4, convenu au plan international, à savoir réduire de deux-tiers, d'ici 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans;

Réaffirmant nos engagements de mettre en œuvre diverses résolutions et décisions concernant le Programme élargi de vaccination (PEV), adoptées ces dernières années, notamment les résolutions AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5, AFR/RC52/R2, AFR/RC56/R1 et AFR/RC59/14;

1. FAIT SIEN le rapport du Directeur régional (document AFR/RC60/14) et approuve les mesures proposées qui visent à renforcer la vaccination systématique et l'éradication de la polio dans la Région africaine;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à intégrer la vaccination dans la politique nationale et dans le renforcement des systèmes de santé au moyen d'interventions vaccinales quantifiées et chiffrées;
- b) à augmenter le financement pour la vaccination en veillant à ce que le budget national alloué soit effectivement décaissé en montants suffisants pour la vaccination systématique et les initiatives d'éradication de la polio;

- c) à développer les capacités institutionnelles, humaines et administratives, notamment au niveau infranational;
- d) à améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaire et systématique par la microplanification détaillée; la fourniture de ressources humaines, financières et matérielles suffisantes; et l'application des leçons apprises du suivi indépendant;
- e) à intensifier/élargir les activités de mobilisation sociale afin de renforcer la prise de conscience, la participation et l'appropriation communautaires;
- f) à renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination à tous les niveaux en assurant une supervision active et au moins une surveillance formative mensuelle au niveau opérationnel, et à améliorer les processus de suivi et évaluation;
- g) à renforcer la recherche sur la vaccination comme moyen d'améliorer la compréhension et d'affiner les stratégies pour améliorer la prestation des services de vaccination;
- h) à institutionnaliser la célébration annuelle d'une semaine africaine de la vaccination pour maintenir le plaidoyer, accroître la participation communautaire et améliorer la prestation de services de vaccination;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à suivre la mise en œuvre des activités de lutte accélérée contre la maladie, avec un accent particulier sur l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la lutte contre la rougeole et la fièvre jaune, et le renforcement des systèmes de vaccination systématique ;
- b) de promouvoir une collaboration continue avec les institutions internationales et multilatérales, les bailleurs de fonds et les partenaires du PEV pour qu'ils se rallient aux objectifs de l'éradication de la polio et d'une couverture vaccinale élevée dans la Région africaine ;
- c) de fournir un appui technique aux États Membres et d'assurer la liaison avec les Communautés économiques régionales pour l'instauration d'une semaine africaine de la vaccination ;

- d) de faire rapport à la prochaine session du Comité régional et, par la suite, sur une base régulière sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

Troisième séance, 31 août 2010

AFR/RC60/R5 : Fonds africain pour les urgences de santé publique

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13);

Reconnaissant l'insuffisance des ressources dont disposent les États Membres pour faire face aux épidémies et aux autres urgences de santé publique dans la Région africaine;

Vivement préoccupé par le fait que la récurrence des épidémies et autres urgences de santé publique dans la Région africaine impose aux États Membres un fardeau sur les plans humanitaire, social et économique;

Préoccupé par l'impact potentiel de la récurrence des épidémies et autres urgences de santé publique sur les populations vulnérables de la Région africaine, qui souffrent déjà de multiples maladies et affections;

Conscient de la nécessité de compléter les efforts en cours des gouvernements et des partenaires, et de promouvoir la solidarité entre les États Membres pour faire face aux épidémies récurrentes et aux autres urgences de santé publique;

Reconnaissant la fonction assignée au Comité régional, aux termes de l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS, de "recommander l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements des pays des régions respectives si la part du budget central de l'Organisation allouée à une région est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions régionales";

Réaffirmant son engagement à mettre en œuvre la résolution AFR/RC59/R5 sur le renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine;

1. APPROUVE la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique (APHEF), à la lumière des principes énoncés dans le document-cadre;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :
 - a) de mobiliser l'appui des gouvernements au plus haut niveau pour garantir la viabilité et le succès du fonctionnement de l'APHEF;
 - b) de continuer à plaider en faveur de l'APHEF dans les assises nationales, sous-régionales et régionales.
3. PRIE le Directeur régional:
 - a) de convoquer une consultation technique entre les Ministres de la Santé et les Ministres des Finances des États Membres de la Région africaine de l'OMS, l'Union africaine, la Banque africaine de Développement et les Communautés économiques régionales, en vue de préciser les modalités des contributions financières par pays, les critères d'intervention et de gouvernance du Fonds;
 - b) de mener le plaidoyer auprès des Chefs d'État et de Gouvernement, de l'Union africaine et des Communautés économiques et régionales pour des contributions viables à l'APHEF;
 - c) de faire rapport à la soixante et unième session du Comité régional de l'Afrique et régulièrement, par la suite, sur les opérations du Fonds.

Sixième séance, 1^{er} septembre 2010

AFR/RC60/R6 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes consentis par le Chef d'État, le Gouvernement et le peuple de la République de Guinée équatoriale pour assurer le succès de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui s'est tenue du 30 août au 3 septembre 2010 à Malabo;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple de la République de Guinée équatoriale ont réservé aux délégués;

1. REMERCIE Son Excellence, M. Obiang Nguema Mbasogo, Président de la République de Guinée équatoriale, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués et pour le discours plein d'inspiration et d'encouragements qu'il a prononcé à la cérémonie officielle;
2. EXPRIME sa sincère gratitude au Gouvernement et au peuple de la République de Guinée équatoriale pour leur remarquable hospitalité;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à son Excellence, M. Obiang Nguema Mbasogo, Président de la République de Guinée équatoriale.

Dixième séance, 3 septembre 2010

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

1. La soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 30 août 2010 au Parlement de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) à Malabo (Guinée équatoriale), par le Président de la République de Guinée équatoriale, Son Excellence Obiang Nguema Mbasogo. Parmi les personnalités présentes à la cérémonie d'ouverture se trouvaient l'ancien Chef d'État du Mali et ancien Président de la Commission de l'Union africaine, le Professeur Alpha Oumar Konaré; des membres du Gouvernement de Guinée équatoriale; le Maire de Malabo; les Ministres de la Santé et les Chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS ; un représentant de la Commission de l'Union africaine; le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan; le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo; des membres du corps diplomatique; ainsi que des représentants des agences des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (*la liste des participants figure à l'annexe 1*).

2. Le Maire de Malabo, Mme Dona Maria Coloma Edjang Mbengono, a souhaité la bienvenue aux Ministres de la Santé et aux délégués, et a remercié Son Excellence le Chef de l'État pour le développement des infrastructures de la ville de Malabo et pour avoir accepté d'accueillir le Comité régional. Elle a souhaité aux délégués plein succès dans leurs travaux.

3. Dans son allocution, le Ministre de la Santé et du Bien-Être social de la République de Guinée équatoriale, M. Francisco Pascual Obama Asue, a informé les délégués que les travaux de construction en cours visent à améliorer les infrastructures de la ville et constituent un investissement pour l'avenir. Le Ministre a fait observer que bien que la Guinée équatoriale soit le seul pays hispanophone d'Afrique, cela n'a pas eu d'impact sur son intégration dans la Région, et il en a appelé au renforcement de l'unité régionale, malgré les diversités ethniques et culturelles. Il a invité les pays africains à prendre en main leur propre destin, à investir dans la santé au bénéfice de leurs populations, et à accorder une plus grande attention au développement de l'éducation et des infrastructures.

4. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, a remercié le Président et le peuple équato-guinéens pour l'accueil du Comité régional dans un bâtiment aussi magnifique et pour leur hospitalité. Il a félicité le Président pour ses efforts en vue du développement socioéconomique de la République de Guinée équatoriale. Il a également souhaité la bienvenue à l'ancien Chef d'État du

Mali et ancien Président de la Commission de l'Union africaine, le professeur Alpha Oumar Konaré, qui a accepté son invitation au Comité régional.

5. Le Directeur régional a indiqué qu'avec l'appui des partenaires au développement, les gouvernements des pays africains ont réalisé des progrès significatifs dans le domaine de la santé publique. Toutefois, au rythme actuel, ces progrès sont insuffisants pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2015. La situation sanitaire est aggravée par la pauvreté, l'accès limité à l'eau potable, le manque d'assainissement et l'insécurité alimentaire pour une bonne partie des populations.

6. Le Dr Sambo a déclaré que dans le contexte créé par la crise financière internationale, la réduction des budgets pourrait avoir des effets négatifs sur les systèmes de santé et compromettre l'accès aux soins de santé et leur qualité. Il a réitéré qu'il existe des connaissances, politiques et stratégies appropriées, mais que ce qui fera la différence entre l'espoir et la réalité de la plupart des Africains, c'est la mise en œuvre des plans nationaux de développement sanitaire, pleinement soutenue par la mobilisation et l'utilisation judicieuse des ressources internes et externes. Il a lancé un appel pour la mise à l'échelle des meilleures pratiques dans les programmes de santé, l'actualisation des politiques nationales de santé en faisant usage des bases factuelles les plus récentes, et la mise en œuvre des actions prioritaires inscrites dans les plans stratégiques nationaux de santé. Ces plans doivent guider les actions de toutes les parties prenantes et des partenaires au développement.

7. Le Directeur régional a salué les efforts déployés par plusieurs États Membres pour mettre en œuvre des réformes dans le secteur de la santé et a insisté sur la nécessité de renforcer la collaboration intersectorielle et d'élargir le dialogue avec les autorités locales pour améliorer la performance des systèmes de santé au niveau local. Il a affirmé que les dépenses de santé sont un investissement dans le développement socioéconomique durable des pays. Il a fait observer que bien que, dans l'ensemble, il y ait eu une augmentation des dépenses de santé depuis 2001, seuls cinq pays ont atteint la cible d'Abuja consistant à allouer 15 % du budget total de l'État au secteur de la santé. Il est nécessaire que les États Membres accroissent leurs allocations budgétaires au secteur de la santé et mettent en place des mécanismes durables de protection sociale.

8. Le Dr Sambo a informé les délégués que la Région africaine de l'OMS est confrontée à un déficit budgétaire important qui affecte la mise en œuvre des programmes prioritaires. Avec une telle tendance, l'Organisation se verra obligée de réduire le nombre de ses experts, ce qui réduira notre capacité à répondre aux demandes des pays.

9. Le Directeur régional a également fait référence à la création d'un Fonds africain pour les urgences de santé publique, en conformité avec les délibérations de la 59^{ème} session du Comité régional. Le Dr Sambo a indiqué qu'à cet effet, il a saisi tous les Chefs d'État en vue de la promotion du Fonds, avec le concours de la Banque africaine de Développement.

10. Le Directeur régional a rappelé que la Région africaine supporte le plus lourd fardeau des décès maternels et infantiles, et est loin d'atteindre les OMD y afférents. En effet, cinq pays seulement sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4, en dépit des progrès réalisés dans le cadre de la vaccination des enfants. Il a salué les efforts en faveur de l'éradication de la poliomyélite, en particulier au Nigéria et au Tchad.

11. Le Dr Sambo a annoncé que l'OMS vient de préqualifier un nouveau vaccin contre la méningite à méningocoques. Ce vaccin est le fruit d'un partenariat public-privé entre l'OMS et le *Programme for Appropriate Technology in Health* (PATH). Le vaccin, dont l'introduction sera lancée en décembre 2010, devrait aider à réduire les effets négatifs des épidémies de méningite sur des milliers de familles.

12. Le Directeur régional a indiqué qu'avec l'appui des partenaires, les États Membres ont fait des avancées significatives dans la prévention et le traitement du VIH/sida. Bien que les tendances récentes montrent une stabilisation et une régression de la prévalence du VIH dans certains pays, les États Membres doivent continuer à faire preuve de vigilance, à accorder la priorité à la prévention, et à allouer des ressources suffisantes.

13. Le Dr Sambo a rappelé que les Nations Unies ont déclaré la période 2001-2010 comme Décennie Faire Reculer le Paludisme. Au cours de cette période, le fardeau du paludisme a baissé. En ce qui concerne la tuberculose, il est nécessaire de surveiller de près l'apparition de la pharmacorésistance et d'améliorer la gestion des services de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). Le Dr Sambo a reconnu le rôle important joué par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

14. Le Directeur régional a félicité le Gouvernement et le peuple équato-guinéens pour leurs efforts couronnés de succès dans la prévention et la lutte contre l'onchocercose, et dans l'élimination du vecteur de l'onchocercose sur l'île de Bioko, ce qui a permis la reprise des activités agro-économiques par les communautés locales.

15. Le Dr Sambo a indiqué que la Région africaine est confrontée à la montée en puissance des maladies chroniques et aux facteurs de risque connexes tels que la consommation excessive d'alcool, l'abus du tabac, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires. Il a également évoqué les problèmes liés aux médicaments contrefaits auxquels il convient de s'attaquer vigoureusement dans la Région.

16. Pour conclure, le Dr Sambo a remercié les délégués pour l'appui et la confiance qu'ils lui ont témoigné en lui confiant un deuxième mandat en tant que Directeur régional. Il les a informés qu'il a été inspiré par le onzième programme général de travail de l'OMS et les stratégies de coopération avec les pays, et en consultation avec le Directeur général de l'OMS, il a proposé les nouvelles Orientations stratégiques pour la période 2010-2015. Les Orientations stratégiques mettent l'accent sur le leadership de l'OMS; le renforcement des systèmes de santé; la santé de la mère et de l'enfant; l'accélération de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose; la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; et l'accélération de l'action sur les déterminants de la santé.

17. Il a enfin remercié les Directeurs régionaux des institutions des Nations Unies et s'est félicité du leadership de l'Union africaine, et notamment de la récente déclaration des Chefs d'État sur la santé maternelle et infantile lors du dernier sommet à Kampala.

18. Dans son intervention, l'ancien Chef d'État du Mali et ancien Président de la Commission de l'Union africaine, le Professeur Alpha Omar Konaré, a remercié le Gouvernement et le peuple équato-guinéens pour leur hospitalité, et le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique pour son invitation. Il a souligné le rôle important que jouent les Ministres de la Santé dans l'amélioration de la santé des populations africaines.

19. Le Professeur Konaré a rappelé les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH/sida, le paludisme, la dracunculose, la lèpre et d'autres maladies. Il a déclaré qu'il est nécessaire que les pays mettent en commun leurs expériences et meilleures pratiques afin de mieux tirer profit des progrès réalisés. Il a également

rappelé les nombreuses déclarations et résolutions des pays, y compris la Déclaration d'Abuja. Il a recommandé la pleine mise en œuvre de ces engagements et le suivi de la mise en œuvre, ainsi que l'établissement de rapports sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.

20. Le Professeur Konaré a mis en lumière les défis à relever concernant la démographie; le financement; la formation des agents de santé, y compris l'exode des cerveaux; l'environnement; le recours aux nouveaux médicaments et technologies; et le leadership et la gouvernance. Il a réitéré la nécessité de la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique. Il a demandé l'harmonisation des efforts de tous les partenaires et s'est félicité du partenariat fructueux entre l'Union africaine et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans les efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé en Afrique. Il a invité les Communautés économiques régionales à mettre en place des cadres clairement définis pour leurs interventions, à harmoniser leurs politiques de santé, et à créer une plateforme pour des discussions et la recherche de solutions harmonisées aux problèmes de santé.

21. Le Professeur Konaré a réitéré l'importance du leadership et de la gouvernance, et a déclaré qu'il est indispensable de faire preuve d'un leadership solide et de bonne gouvernance, si l'on veut changer la donne. Il a invité les dirigeants africains à assumer pleinement leurs responsabilités et à promouvoir la solidarité entre pays africains. Il a invité les partenaires et les donateurs à améliorer la coordination et à mieux aligner leur appui sur les priorités des pays. Il a demandé la mise en place de programmes qui répondent aux besoins des personnes âgées.

22. Dans son allocution, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a réitéré l'engagement qu'elle a pris d'améliorer la santé des populations africaines. Elle a félicité l'Union africaine (UA) pour la déclaration faite pendant le Sommet de l'UA, en août 2010, qui préconise des mesures en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile d'ici 2015, ainsi que pour l'accent mis par l'UA sur la nécessité de renforcer la mobilisation des ressources internes, et notamment d'atteindre la cible de 15 % fixée à Abuja, et la détermination à éradiquer la transmission mère-enfant du VIH.

23. Le Dr Chan a remercié le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, et la Région africaine de l'OMS pour le travail accompli. Elle a félicité le Directeur régional pour le nouveau document intitulé *"Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine: Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015"*. Elle a déclaré que le document fournit une vision stratégique pour la réalisation d'un développement sanitaire durable et qu'il exprime un solide engagement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Le Dr

Chan s'est dit prête à appuyer pleinement, avec le concours de toute l'Organisation, la mise en œuvre des Orientations stratégiques.

24. Le Directeur général a informé les délégués qu'après qu'elle a déclaré, le 10 août 2010, la fin de la pandémie de grippe H1N1, un petit nombre de pays dans certaines parties du monde sont encore considérés comme à haut risque. Elle a rappelé comment, grâce au leadership de l'OMS, la solidarité mondiale s'est maintenue et a abouti à la distribution de médicaments antirétroviraux et de vaccins. Elle a félicité les Ministres de la Santé pour le leadership dont ils ont fait preuve pendant la pandémie, notamment les efforts déployés pour rassurer le public. Le Dr Chan a rappelé aux délégués que si la pandémie a été stoppée, le virus n'a pas disparu pour autant; elle a donc demandé aux États Membres de continuer à être sur leur garde et vigilants. Elle a recommandé aux pays la solidarité pour lutter contre les pandémies.

25. La soixantième session du Comité régional a été ouverte par le Président de la République de Guinée équatoriale, Son Excellence M. Obiang Nguema Mbasogo. Le Président a remercié l'OMS pour avoir répondu à son invitation de tenir la session en Guinée équatoriale et pour les efforts déployés pour s'attaquer aux problèmes de santé à travers le monde. Il a souhaité aux délégués un agréable séjour et une réunion fructueuse. Le Président a rappelé que la session du Comité régional se tient au moment où les pays se préparent pour la prochaine session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les OMD, en septembre 2010. Il a fait observer que des progrès lents sont enregistrés dans plusieurs pays qui sont confrontés à des contraintes liées à l'insuffisance des ressources financières et humaines, et à d'autres goulots d'étranglement dans les systèmes de santé. Il a souligné la nécessité de renforcer la mise en œuvre des soins de santé primaires, conformément à la Déclaration de Ouagadougou.

26. Le Président a informé les délégués que son pays appuie la recherche dans le domaine des sciences et a aidé l'UNESCO à créer un prix international dans ce domaine. Il a déclaré que son pays a informé l'Union africaine de la disposition de la Guinée équatoriale à héberger l'Observatoire africain pour la Science, la Technologie et l'Innovation. Il a invité les pays africains à renforcer les capacités nationales pour lutter contre la maladie et tirer parti des technologies modernes.

27. Le Président a indiqué qu'en dépit des acquis, en termes de croissance et d'amélioration des infrastructures du pays, des problèmes de santé publique tels que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la situation des mères et des enfants, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, demeurent une source de préoccupation. Les

efforts déployés par son Gouvernement pour inverser la situation, dans le cadre du Plan national de développement, sont encourageants. Il y a lieu de se féliciter des progrès réalisés dans la lutte contre l'onchocercose, dans la mesure où le vecteur responsable de la transmission de cette maladie a été éliminée sur toute l'île de Bioko. La Guinée équatoriale met en œuvre son Plan national de développement économique et social, qui est constitué de 15 grands programmes, dont le programme Santé pour Tous à l'Horizon 2020. La phase 2008-2012 de ce programme vise la transformation et le développement des infrastructures économiques et sociales, le développement des ressources humaines, et les réformes institutionnelles. La phase 2012-2020 portera essentiellement sur le parachèvement des infrastructures et l'accélération de la diversification économique dans les secteurs prioritaires.

28. Le Chef de l'État a rappelé aux délégués que les peuples d'Afrique sont confrontés à de nombreux défis, et notamment à des flambées de maladies et à des catastrophes naturelles et provoquées par l'homme. Il a déclaré que faute d'actions pour faire face à la situation, il y aura des effets négatifs sur la santé de la population. Il invité instamment les États Membres à appuyer la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique, conformément à la résolution adoptée par le dernier Comité régional.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

29. Le Comité régional a constitué le Sous-Comité des Désignations, composé des États Membres suivants: Algérie, Angola, Botswana, Gabon, Mali, Maurice, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles et Tchad. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 30 août 2010 et a élu comme Président M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre de la Santé de la Guinée équatoriale. L'Algérie, la République centrafricaine et le Mali n'ont pas pu participer à cette réunion.

Allocution d'ouverture du Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional

30. Dans son allocution d'ouverture, le président de la Cinquante-neuvième session du Comité régional, le Dr. Richard Sezibera, Ministre de la Santé du Rwanda, a remercié les délégués pour leur soutien au cours de son mandat en tant que Président du Comité régional. Dans ses réflexions sur cette période, il a rappelé certaines des résolutions clés adoptées au cours des précédentes sessions du Comité régional dans

des domaines prioritaires tels que la santé maternelle et infantile, le renforcement des systèmes de santé, la recherche pour la santé, la santé environnementale, et les stratégies visant à atteindre les OMD. Il a souligné que les solutions relatives aux indicateurs de mauvaise santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né sont connues, et a ajouté que l'histoire jugerait le Comité régional, non sur le nombre de résolutions et de déclarations adoptées, mais sur le nombre de celles qui auront été pleinement mises en œuvre et auront contribué de manière significative à réduire les souffrances et le décès prématuré de millions de personnes au sein de nos populations, particulièrement les nouveaux-nés, les enfants et les femmes enceintes.

31. Le Dr. Sezibera a rappelé aux délégués l'adoption de la résolution AFR/RC59/R5 intitulée " Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la grippe pandémique actuelle" et prié le Directeur régional de faciliter la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique afin d'appuyer les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique. Il a invité les délégués à soutenir la création du Fonds, dans la mesure où il est optimiste qu'il améliorerait les capacités de préparation et de riposte, et ce faisant, réduirait les souffrances humaines et les décès dus aux urgences.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

32. 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 : M. Francisco Pascual Obama Asue
Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social,
République de Guinée équatoriale

1^{er} Vice-Président : Professeur Christian Onyebuchi Choukwu
Ministre de la Santé, République fédérale du Nigéria

2^{ème} Vice-Président: M. Modou Diagne Fada
Ministre de la Santé, Sénégal

Rapporteurs: Mme Amina Nurhussien Abdul Kadher
Ministre de la Santé, Érythrée (pour l'anglais)

Dr Toupta Boguena
Ministre de la Santé, Tchad (pour le français)

Dr Basilio Mosso Ramos
Ministre d'État à la Santé, Cap-Vert (pour le portugais)

Adoption de l'ordre du jour

33. Le Président de la soixantième session du Comité régional, M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social de la Guinée équatoriale, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC60/1) et le projet de programme de travail (*voir respectivement les annexes 2 et 3*), et ceux-ci ont été adoptés sans amendements. Le Comité régional a ensuite adopté l'horaire de travail suivant: 9h00 - 12 h 30 et 14h00 - 17h00, pauses café/thé de trente minutes comprises.

Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

34. Le Comité régional a nommé le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, composé des représentants des États Membres suivants: Bénin, Burkina Faso, Burundi, Guinée-Bissau, Libéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe.

35. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 31 août 2010 et a élu Président le Dr K. S. Daoh, Chef de délégation de la Sierra Leone.

36. 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, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, 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 Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Leurs pouvoirs ont été jugés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La Gambie n'a pas présenté ses Pouvoirs.

DISCOURS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS

37. Dans son discours, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a rappelé aux délégués qu'à cinq années seulement de la date butoir de 2015, les États Membres abordent à présent la dernière ligne droite vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Tout en reconnaissant les progrès accomplis par un petit nombre de pays africains, elle a observé que la progression a été lente sur le continent. Elle a indiqué que la crise économique mondiale a rendu l'argent rare et que la santé publique en pâtit à tous les niveaux, allant de la part des budgets nationaux consacrée à la santé aux engagements au titre de l'aide publique au développement, et aux fonds pour appuyer les activités du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI et d'autres initiatives mondiales en faveur de la santé. Elle a ajouté que les perspectives économiques sombres ont également eu un impact sur l'OMS qui doit ajuster son budget programme en conséquence.

38. Le Dr Chan a mis en lumière les effets du changement climatique sur la santé, l'environnement, les réserves vivrières et le bien-être général des populations. Elle a noté que les OMD ont contribué à la promotion du développement sanitaire au niveau international et que les résultats enregistrés au cours de la dernière décennie montrent que l'investissement dans le développement sanitaire est bénéfique. Ceci est manifeste dans les progrès réalisés en matière d'accès aux antirétroviraux, dans la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, la diminution de nouveaux cas de tuberculose et la réduction de l'incidence du paludisme. D'autres initiatives ont favorisé la mise au point de nouveaux vaccins pour la prévention de la pneumonie, de la diarrhée et de la méningite. Elle a reconnu que tout ceci n'a été possible que grâce aux contributions généreuses de diverses initiatives mondiales en faveur de la santé. Le Dr Chan a observé qu'en dépit des progrès réalisés, les initiatives peuvent subir le contre-coup d'une réduction du financement. Elle a souligné la fragilité des progrès réalisés en matière de lutte contre la poliomyélite et la rougeole, et s'est félicitée de disposer du nouveau plan stratégique de lutte contre la poliomyélite.

39. Le Directeur général a salué les progrès réalisés par certains pays, notamment en ce qui concerne l'éradication de la rougeole et de la poliomyélite. Elle a souligné qu'il est nécessaire de s'éloigner des vieilles perceptions selon lesquelles l'Afrique est uniformément pauvre et nécessiteuse, malade et affamée et mal gouvernée. Elle a exhorté les dirigeants du continent à renforcer leur engagement envers la santé, notamment à faire preuve de leadership et à prendre en main la mise en œuvre de leurs plans de développement sanitaires nationaux.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2008-2009: RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC60/2)

40. En présentant le document intitulé *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009: Rapport biennal du Directeur régional*, le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a indiqué que le rapport résume les activités menées et les réalisations de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région pendant la dernière période biennale. Il comprend un résumé d'orientation et six chapitres: introduction, contexte, budget programme 2008-2009, réalisations notables par objectif stratégique (OS), défis, contraintes et leçons apprises, et conclusion.

41. Il a fait observer que la période considérée a coïncidé avec la célébration du 60^{ème} anniversaire de la création de l'OMS et du 30^{ème} anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires. Outre les diverses consultations menées au niveau mondial, des consultations régionales ont donné lieu à des déclarations comme la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, et la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement.

42. Le Dr Sambo a rappelé que le budget total approuvé de l'OMS pour la période biennale 2008-2009 s'élevait à US \$4,2 milliards. La Région africaine s'est vu attribuer US \$1,2 milliard, soit 28% du budget total. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio a reçu environ 30% du budget régional total. Sur le budget total approuvé, 91% ont été mis à disposition, et le taux de mise en œuvre a été de 93 %. Il a fait valoir que les dépenses relatives aux fonctions administratives et d'appui du Secrétariat de l'OMS, au titre des objectifs stratégiques 12 et 13, ne représentent que 14,5% du total. Certains programmes prioritaires comme le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et la santé maternelle n'ont pas pu être mis en œuvre comme prévu, faute de fonds.

43. Il a indiqué que le rapport biennal rend compte des principales réalisations en ce qui concerne les activités de l'OMS relatives aux 13 Objectifs stratégiques du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS. S'agissant des **maladies transmissibles**, abordées principalement dans le cadre de l'**Objectif stratégique 1**, la période biennale a été marquée par la flambée de la grippe pandémique A (H1N1) en 2009. Dès la confirmation du premier cas de la maladie dans la Région africaine, le Bureau régional a mis sur pied une équipe pluridisciplinaire de gestion des crises pour coordonner et fournir l'appui technique, la logistique et l'information en santé publique en réponse à la menace. En outre, un Centre stratégique d'Opérations sanitaires - SHOC Room - a été créé au Bureau régional en ayant recours au budget

du Directeur régional retenu du dernier exercice. Etant donné la survenue et la menace continue de flambées épidémiques dans la Région, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, à sa cinquante-neuvième session, une résolution pour la création d'un Fonds africain pour les urgences de santé publique (AFR/RC59/R5).

44. Le Dr Sambo a fait savoir que dans le domaine de la **vaccination et des maladies évitables par la vaccination**, 20 États Membres ont signalé avoir atteint une couverture d'au moins 90% pour le vaccin trivalent DTC3 en 2009. Pendant que l'on a enregistré dans la Région, fin 2009, une baisse importante du nombre de cas de poliovirus sauvage, due pour une large part aux grands progrès réalisés au Nigeria, le nombre de pays notifiant des cas est passé de 13 à 19, du fait de flambées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Les maladies tropicales négligées demeurent une cause majeure de mauvaise santé dans la Région. À la fin de l'exercice, la cible de l'élimination de la lèpre avait été atteinte au niveau national par tous les États Membres.

45. S'agissant de l'**Objectif stratégique 2** qui vise à combattre le **VIH/sida, la tuberculose et le paludisme**, il a été signalé que les pays continuent à faire des progrès considérables dans le renforcement de l'accès aux principales interventions de lutte contre le VIH/sida. La couverture des services PTME pour les femmes enceintes séropositives est passée de 15% en 2005 à 45% en 2008. Les États Membres commencent à être témoins d'une réduction de la prévalence et de l'incidence du VIH, notamment parmi les jeunes. Par exemple, une baisse de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes fréquentant les services de soins prénatals a été enregistrée dans les pays suivants: Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Malawi, Namibie et Zimbabwe.

46. L'intensification de la lutte antipaludique a donné lieu à une couverture accrue des interventions recommandées par l'OMS et à une réduction de la morbidité et de la mortalité dans 14 pays. Neuf pays ont déjà atteint et dépassé la cible internationale de réduire de moitié la charge palustre d'ici 2010. Ces pays sont les suivants : Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Namibie, Sao Tomé et Príncipe, Tanzanie (Zanzibar), Swaziland et Zambie. Le Directeur régional les a félicités pour les efforts consentis en faveur de la lutte contre le paludisme. Les progrès dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ont été modestes: seuls neuf pays de la Région ont atteint la cible de 70% pour le dépistage des cas en 2008, 15 pays ont atteint la cible de 85% pour le taux de guérison, et seulement quatre pays ont atteint les deux cibles en 2008.

47. S'agissant des **maladies non transmissibles**, abordées dans le cadre de l'**Objectif stratégique 3**, il a été signalé que les États Membres se sont engagés à réduire la charge morbide du diabète, des maladies cardiovasculaires et des autres maladies non transmissibles en avalisant l'Appel à l'Action de Maurice en novembre 2009.

48. Le Dr Sambo a indiqué que les activités relatives aux **OMD 4 et 5** ont été couvertes au titre de l'**Objectif stratégique 4**. À la fin de 2009, 22 pays avaient procédé à l'extension de la stratégie Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, celle-ci étant mise en œuvre dans plus de 75 % des districts. Six pays de la Région, à savoir le Botswana, le Cap-Vert, l'Érythrée, le Malawi, Maurice et les Seychelles, étaient en bonne voie pour atteindre l'OMD. Le Dr Sambo a indiqué que pour ce qui est de la réduction de la mortalité maternelle, aucun pays de la Région n'est en bonne voie pour atteindre l'OMD 5. Plusieurs initiatives ont été élaborées en réponse, y compris la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), lancée par l'Union africaine en 2009; La Déclaration sur les mesures en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement, adoptée par la 15^{ème} Conférence ordinaire de l'Union africaine tenue en 2010; l'Initiative du Gouvernement des États-Unis d'Amérique en faveur de la santé dans le monde; l'Initiative de Muskoka lancée par le G8; et le Plan d'action conjoint pour la santé des femmes et des enfants, du Secrétaire général des Nations Unies.

49. Le Dr Sambo a également indiqué qu'en réponse à la résolution adoptée par le Comité régional de l'Afrique en 2008, il a créé une commission multidisciplinaire sur la santé de la femme, chargée de produire des bases factuelles concernant l'impact de l'amélioration de la santé de la femme sur le développement socioéconomique. Cette commission a été lancée à Monrovia au Libéria, sous le leadership de Son Excellence Ellen Johnson Sirleaf, la Présidente du Libéria, qui a bien voulu accepter d'en être la Présidente Honoraire.

50. En ce qui concerne l'**Objectif stratégique 5**, qui vise à renforcer la réponse aux **situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits**, il a été indiqué qu'au cours de la période biennale, 70 % des pays de la Région ont été confrontés à des situations d'urgence d'un type donné ou d'un autre. La capacité de l'OMS à aider les États Membres à se préparer et à faire face aux situations d'urgence a été renforcée. Les activités transversales portant sur la **promotion de la santé, les milieux favorables à la santé, la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire** ont été couvertes au titre des **Objectifs stratégiques 6, 7, 8 et 9**. La Conférence mondiale sur la Promotion de la Santé, tenue en 2009 à Nairobi (Kenya), a adopté l'Appel à l'action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en promotion de la

santé. Cet appel est conforme aux recommandations de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé (2008). Par ailleurs, le Bureau régional a fourni aux pays un appui pour le renforcement de la nutrition et de la surveillance des maladies d'origine alimentaire; l'élaboration de politiques et plans sur la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition; et le renforcement des systèmes de contrôle alimentaire.

51. Le Dr Sambo a indiqué que le **renforcement des systèmes de santé sur la base de l'approche des soins de santé primaires** est une priorité des **Objectifs stratégiques 10 et 11**. Dans ce domaine, la Conférence internationale de 2008 sur les Soins de Santé primaires a abouti à l'adoption de la Déclaration de Ouagadougou. La traduction de la Déclaration en actions est guidée par le Cadre de mise en œuvre qui vise à aider les pays à améliorer la performance de leurs systèmes de santé. Sept pays ont bénéficié d'un appui pour la révision de leurs politiques et plans stratégiques nationaux de santé, tandis que 14 pays ont conduit des études sur les comptes nationaux de la santé, et 13 ont renforcé leurs services de santé à base communautaire et leurs systèmes de santé de district.

52. Le Dr Sambo a indiqué qu'au cours de la période biennale, et au titre des **Objectifs stratégiques 12 et 13** relatifs au **leadership, aux partenariats et aux fonctions administratives et d'appui**, des mesures décisives ont été prises pour consolider le leadership de l'OMS dans les questions sanitaires dans la Région. L'Initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) a permis de fournir aux pays un appui technique conjoint, y compris la facilitation du processus des "compacts", dans le contexte du Partenariat international pour la Santé et Initiatives apparentées (IPH+). Le Directeur régional a déclaré que l'Initiative HHA monte un dossier d'investissement en Afrique, à présenter à la réunion des Ministres de la Santé et des Ministres des Finances qu'abriteront conjointement l'Union africaine (UA) et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) en 2011. Il a indiqué que les Équipes des Directeurs régionaux (RDT), créées en 2004, et les Instances de Coordination régionale (RCM) ont favorisé la mise en œuvre par les institutions des Nations Unies, au niveau des pays, d'actions plus cohérentes et concourant davantage aux synergies. L'OMS a continué à jouer le rôle de chef de file au sein du Groupe thématique Santé.

53. Le Dr Sambo a indiqué que la création des trois Équipes d'appui interpays (EAIP), basées respectivement à Harare, Libreville et Ouagadougou, a contribué à répondre à temps et avec efficacité aux demandes d'appui technique que soumettent les pays pour faire face aux flambées de maladies, aux situations d'urgence et aux besoins humanitaires.

54. Le Dr Sambo a par ailleurs indiqué que les activités de l'OMS dans la Région africaine ont été menées dans un contexte régional de croissance économique caractérisé par la haute priorité accordée à la santé dans le programme de développement, en dépit de la persistance des défis de santé. Le Secrétariat de l'OMS est confronté à des défis au nombre desquels figurent l'insuffisance des ressources financières et les difficultés à répondre aux demandes croissantes et complexes des États Membres et des partenaires au développement. Dans la collaboration avec les partenaires, les principales contraintes auxquelles est confronté le Secrétariat de l'OMS sont notamment l'insuffisance des financements en faveur de domaines cruciaux tels que la recherche, la surveillance de la maladie, les systèmes d'information sanitaire, et la lutte contre les maladies non transmissibles; les retards dans le décaissement des fonds; et la flexibilité limitée dans l'utilisation des financements fournis par les donateurs. Le Directeur régional a déclaré que les leçons apprises au cours de l'exercice biennal 2008-2009 ont guidé la planification et la mise en œuvre du budget programme de l'OMS pour 2010-2011.

55. Pour conclure, le Directeur régional a exprimé sa satisfaction pour le niveau global de réalisation des objectifs fixés pour la période biennale. Il a déclaré que la performance globale de l'OMS dans la Région est d'un niveau élevé et que l'Organisation continuera à promouvoir le leadership des Ministres de la Santé, tout en veillant à l'appropriation et à l'administration générale en vue d'accélérer la mise à l'échelle intégrée et fondée sur des bases factuelles des interventions d'un bon rapport coût/efficacité ayant fait leurs preuves. Enfin, il a déclaré que le plan opérationnel de l'OMS dans la Région continuera d'être guidé par le onzième Programme général de travail et les Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015.

56. Les délégués ont remercié le Directeur général pour son discours et l'ont félicité pour son leadership. Ils ont dit apprécier l'accent mis sur les soins de santé primaires comme moyen d'améliorer la prestation de services de santé.

57. Les délégués ont également accueilli avec satisfaction le rapport du Directeur régional dont ils ont loué le fond et la qualité. Ils ont fait part de l'expérience de leur pays dans les domaines de l'éradication de la poliomyélite, du virus de la grippe pandémique A (H1N1), du paludisme, du renforcement des systèmes de santé, et de la santé maternelle et infantile. Les délégués ont mis en lumière certains des problèmes auxquels ils sont confrontés comme la fréquence des situations d'urgence, la charge élevée de maladies non transmissibles, la pénurie de ressources humaines pour la santé, les inégalités en matière d'accès aux services de santé et les restrictions en matière de financement. Les délégués ont insisté sur la nécessité de créer le Fonds africain pour les urgences de santé publique.

58. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs contributions inestimables et exprimé son appréciation pour la profondeur de leurs connaissances en matière de santé. L'importance de documenter et de partager les meilleures pratiques a été soulignée. Le Directeur régional a réitéré l'engagement de l'OMS à continuer à appuyer les pays.

59. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il est contenu dans le document AFR/RC60/2: Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009: Rapport biennal du Directeur régional .

PRÉSENTATION ET EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC60/15)

60. Le Président du Sous-Comité du Programme, le Dr Frank Nyonator, a présenté le rapport du Sous-Comité du Programme. Il a indiqué que 17 membres ont pris part aux travaux du Sous-Comité du Programme qui s'est réuni du 8 au 11 juin 2010 à Brazzaville, en République du Congo. Il a informé le Comité régional que le Secrétariat a dûment incorporé les observations générales et les suggestions précises du Sous-Comité du Programme dans les documents révisés présentés au Comité régional, pour adoption. Le Dr Nyonator a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/3)

61. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que la Région africaine est à la traîne par rapport aux autres régions de l'OMS pour ce qui est de l'ensemble des résultats sanitaires. Beaucoup de pays ne sont pas en voie d'atteindre les OMD. La Région est confrontée à d'énormes défis tels que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le VIH/sida, la destruction et la dégradation de l'environnement, et le chômage croissant. Les améliorations en matière de survie de l'enfant ne se sont pas traduites par une espérance de vie plus élevée, parce que les gains sont en train d'être érodés par le VIH/sida. Il existe de larges inégalités aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre les pays en ce qui concerne les diverses mesures des résultats sanitaires comme la mortalité du nourrisson et de l'enfant, la mortalité maternelle, le retard de croissance et même en termes d'accès aux services de santé. Souvent, il existe des différences spectaculaires entre les pauvres et les riches, et le fossé s'élargit dans certains pays.

62. Le but de la stratégie est d'aider les États Membres à prendre des mesures pour réduire les inégalités en matière de santé par des politiques et plans sectoriels permettant d'agir efficacement sur les principaux déterminants de la santé, conformément aux recommandations fondamentales de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et à la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les interventions spécifiques au secteur de la santé ont consisté à renforcer l'administration générale et le rôle de leadership du ministère de la santé, à renforcer les capacités dans l'élaboration de politiques, le leadership et le plaidoyer pour aborder les déterminants sociaux de la santé, à faire le plaidoyer en faveur d'une législation et de réglementations pour garantir un niveau élevé de protection pour la population générale, à faire en sorte que les systèmes de santé soient basés sur des soins de santé universels et de qualité, et à améliorer la neutralité sur le plan du financement de la santé et de l'allocation des ressources.

63. Les interventions dans des secteurs autres que celui de la santé, notamment les actions intersectorielles, sont les suivantes: assurer une protection sociale tout au long de la vie, élaborer ou promouvoir des politiques pour des milieux sains et des gens en bonne santé, notamment, s'attaquer au changement climatique et à la dégradation environnementale, garantir l'équité en santé dans toutes les politiques, évaluer et atténuer les effets adverses du commerce international et de la mondialisation, renforcer la bonne gouvernance pour la santé et l'équité en santé, investir dans le développement précoce de l'enfance, promouvoir l'emploi équitable et le travail décent, recentrer la promotion de la santé, intégrer et promouvoir l'égalité entre les sexes, s'attaquer à l'exclusion et à la discrimination sociales, renforcer la responsabilisation politique, protéger ou améliorer les déterminants sociaux de la santé dans les situations de conflit, et garantir le suivi, la recherche et la formation systématiques.

64. Le Comité régional a accueilli favorablement la stratégie qui devrait aider à s'attaquer à certains des problèmes concernant les déterminants de la santé, y compris les facteurs liés au changement de comportement. Il a fait observer que la Région est confrontée à une pauvreté croissante et à une charge élevée de la maladie; les conditions de vie sont précaires, en particulier dans les bidonvilles et les zones rurales; l'accès à l'eau et à l'assainissement est inadéquat; et les progrès vers la réalisation des OMD sont lents. Le Comité a souligné que la mise en œuvre de la stratégie contribuerait à la réalisation des OMD.

65. Les délégués ont procédé à un échange d'expériences sur les approches adoptées dans leurs pays respectifs pour l'action sur les déterminants de la santé. Au nombre de ces approches figurent la révision des politiques et plans existants; l'élaboration de stratégies nationales de croissance et de développement; l'accroissement des investissements dans le logement social; l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement; la fourniture de services gratuits aux groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes enceintes, les femmes allaitantes; l'amélioration de l'accès des filles à l'éducation; et la création d'activités génératrices de revenus pour les pauvres des zones rurales.

66. Le Comité a fait observer qu'un haut degré d'engagement politique et des ressources suffisantes sont indispensables pour mettre en œuvre la stratégie. Les délégués ont recommandé que la coordination de la mise en œuvre de l'approche des soins de santé primaires se fasse au plus haut niveau. Les conditions de vie, aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales, doivent être améliorées par l'autonomisation des communautés et l'action intersectorielle, avec la participation active des organisations de la société civile. Les États Membres doivent être encouragés à documenter et à partager leurs expériences, et à appliquer les leçons apprises de l'utilisation de l'approche intersectorielle dans la lutte contre le VIH/sida, y compris l'initiative «3 millions d'ici 2005», pour renforcer l'action intersectorielle. Les États Membres ont demandé au Secrétariat de fournir un appui pour l'élaboration de politiques visant à agir sur les déterminants de la santé et de présenter des rapports biennaux sur les progrès réalisés dans l'action sur les déterminants de la santé.

67. Le Secrétariat a informé les délégués qu'en réponse à la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS organisera une réunion sur les déterminants de la santé au Brésil en octobre 2011, et a invité les États Membres à prendre part à cette réunion. Les Ministres de la Santé ont été encouragés à jouer un rôle de chef de file et à fournir l'appui crucial dont ont besoin les autres secteurs en vue d'adopter une approche à l'échelle de l'ensemble de l'administration. Le Secrétariat a fait part de son engagement à fournir un appui aux États Membres pour la mise en œuvre de la stratégie.

68. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC60/3 intitulé «Agir sur les principaux déterminants de la santé: Une stratégie pour la Région africaine», ainsi que la résolution AFR/RC60/R1 y afférente.

Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/4)

69. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que, si l'alcool constitue une importante source de revenus et que son usage fait partie des pratiques et des normes sociales et culturelles dans de nombreux pays de la Région, on ne peut ignorer les coûts sanitaires et sociaux qui y sont liés. Les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool sont substantiels et ont un impact dommageable significatif tant sur le buveur que sur la société. Dans la Région africaine, la charge de morbidité imputable à l'alcool augmente et, selon les estimations, le pourcentage des décès imputables à l'usage nocif de l'alcool est passé de 2,1% en 2000, à 2,2% en 2002 et à 2,4 % en 2004.

70. Le Président du Sous-Comité du Programme a signalé qu'en 2008/2009, une enquête mondiale de l'OMS sur l'alcool et la santé a montré que sur les 46 pays de la Région, 10 pays seulement avaient des politiques récentes relatives à l'alcool et 16 pays avaient des réglementations concernant la publicité. Outre la faible sensibilisation du public aux risques spécifiques pour la santé, liés à l'alcool dans de nombreux pays, la coordination avec les secteurs concernés faisait défaut; les systèmes de surveillance régulière et systématique de l'alcool, dotés de ressources suffisantes étaient toujours inexistant; et dans les systèmes de santé, souvent les problèmes d'alcool n'étaient pas reconnus ou étaient plutôt sous-estimés et mal pris en charge.

71. La stratégie vise à contribuer à la prévention ou au moins à la réduction de l'usage nocif de l'alcool et des problèmes y afférents dans la Région africaine. Les interventions prioritaires consisteront à élaborer et mettre en œuvre des politiques de lutte contre l'abus de l'alcool; à renforcer le leadership, la coordination et la mobilisation des partenaires; à susciter la prise de conscience et l'action communautaire; à assurer une éducation du public basée sur l'information; à améliorer la réponse du secteur de la santé; à renforcer les systèmes stratégiques d'information, de surveillance et de recherche; à mettre en application une législation sur l'alcool au volant et des mesures de lutte; et à réglementer la commercialisation de l'alcool; à se préoccuper de l'accessibilité, de la disponibilité et du coût économiquement abordable de l'alcool; à s'attaquer à la production d'alcool illégale et informelle, et à accroître la mobilisation des ressources et leur allocation appropriée.

72. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour l'élaboration du document portant sur la stratégie relative à la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Les délégués se sont dits préoccupés par la nature et l'ampleur de l'usage nocif de l'alcool dans les pays et ont réitéré la nécessité de relever les défis liés à la production non réglementée, aux intérêts commerciaux, au commerce transfrontalier, à la commercialisation agressive, à la disponibilité sans restrictions, au conditionnement inapproprié, et au ciblage des mineurs et d'écoliers. Des préoccupations ont été également exprimées en ce qui concerne les problèmes de santé associés à l'usage nocif de l'alcool, tels que cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies neuropsychiques et insuffisance pondérale à la naissance.

73. Les délégués ont échangé des données d'expérience concernant les approches utilisées dans les pays pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Elles comprenaient l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de réglementations relatives à l'alcool, la sensibilisation du public, et la mise en œuvre de mesures pour protéger les jeunes. Ils ont mis en évidence la nécessité de générer des données à utiliser dans l'élaboration de politiques et de feuilles de route pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Les délégués ont recommandé qu'une approche de santé publique oriente les efforts déployés par les États Membres et appelé au renforcement des capacités, afin de fournir des soins et un appui adéquats pour les usagers et les familles affectés par l'usage nocif de l'alcool. La nécessité d'intégrer les interventions de prévention et de traitement dans le système de santé utilisant l'approche des soins de santé primaires a été soulignée.

74. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs excellentes contributions. Le Directeur général de l'OMS a encouragé les délégués à poursuivre leurs efforts visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région. Le Directeur régional a demandé aux États Membres d'accroître leurs efforts pour produire des données pour l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles et pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie. Il a rappelé qu'en mai 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une stratégie mondiale concernant l'alcool et a demandé aux États Membres de mettre en œuvre aussi bien la stratégie mondiale que la stratégie régionale pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Il a souligné l'importance du leadership gouvernemental dans l'élaboration de cadres réglementaires concernant l'alcool et dans la mise en œuvre des stratégies.

75. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC60/4: «Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS» et la résolution AFR/RC60/R2 préparée sur le sujet.

Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations (document AFR/RC60/14)

76. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que la vaccination est une intervention efficace de santé publique qui prévient 2 à 3 millions de décès chez les enfants par année et a le potentiel de contribuer à atteindre l'OMD 4. La mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD), y compris d'autres stratégies novatrices telles que l'intensification périodique des activités de vaccination systématique, les journées de la santé de l'enfant et les journées de vaccination Plus, ont contribué à améliorer la couverture. Toutefois, 26 pays n'ont pas encore atteint le niveau de couverture recommandé. Il a été estimé que 4,2 millions d'enfants dans la Région africaine n'ont pas reçu le vaccin DTC3 en 2009, contre 5,2 millions en 2008. En outre, la réduction spectaculaire du nombre de décès dus à la rougeole est compromise par la couverture insuffisante de la vaccination systématique au niveau des districts dans plusieurs pays, qui s'est soldée par des flambées de rougeole en 2010.

77. Le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé qu'en 2004, la transmission autochtone du poliovirus sauvage avait été interrompue dans 45 des 46 pays de la Région, le Nigéria restant l'unique pays endémique. Toutefois, en 2006, huit États Membres ont été touchés par des flambées de poliomyélite et, en 2009, 18 pays ont connu des importations à la suite de la propagation du poliovirus sauvage des derniers réservoirs de poliomyélite vers les États Membres précédemment libérés. Cette situation a été due à l'insuffisance de la couverture de la vaccination systématique et à l'inadéquation des activités de vaccination supplémentaire (AVS), d'où la faiblesse de l'immunité de la population. À la fin d'avril 2010, neuf pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont notifié 40 cas de poliomyélite, contre 306 cas dans 12 pays durant la même période en 2009.

78. Les défis majeurs que les pays doivent relever comprennent les insuffisances de la politique de vaccination et de la planification; le non-respect de la réglementation de santé publique; la faible capacité de planification et le manque de stratégies au niveau du district; un financement insuffisant; des infrastructures inadéquates; une participation et une appropriation communautaires insuffisantes; une couverture par les services de vaccination qui n'est pas suffisamment élevée, des systèmes inefficaces de suivi et évaluation qui produisent une couverture vaccinale administrative inexacte et des prévisions erronées des besoins en vaccins et en matériels auxiliaires; une surveillance inadéquate des maladies évitables par la vaccination; et une recherche peu étendue sur la vaccination dans la Région.

79. Les recommandations qui ont été faites par le Sous-Comité du Programme sont notamment les suivantes: intégrer la vaccination dans les politiques et plans stratégiques nationaux de santé; renforcer les systèmes de santé; augmenter le financement de la vaccination; favoriser les partenariats pour la vaccination; améliorer l'accès aux nouveaux vaccins; renforcer les capacités des institutions, des ressources humaines et en matière de gestion; promouvoir la prise de conscience, la participation et l'appropriation communautaires; renforcer le suivi et l'évaluation; renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination; renforcer la recherche sur la vaccination; et institutionnaliser une semaine annuelle de la vaccination en Afrique.

80. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la qualité et la teneur du document. En attirant l'attention sur les progrès accomplis dans leurs pays, les délégués ont noté que les succès se situaient à divers niveaux. Il a été indiqué qu'un certain nombre de pays ont réussi à interrompre la propagation du poliovirus sauvage. Il a été également indiqué que la couverture par la vaccination systématique a augmenté grâce à l'approche Atteindre Chaque District (ACD). Les délégués ont signalé la création de lignes budgétaires et l'allocation de ressources locales pour l'achat de vaccins. Ils ont également signalé que grâce aux activités transfrontalières, on avait réussi à vacciner un nombre plus grand d'enfants dans les pays avoisinants.

81. Toutefois, les membres du Comité régional ont insisté sur la nécessité de faire preuve de vigilance pour éviter de perdre les avancées déjà faites, notamment en matière d'éradication de la poliomyélite et de réduction substantielle des décès imputables à la rougeole. Cette situation s'explique par la réduction des ressources financières disponibles allouées à la vaccination systématique et aux activités de vaccination supplémentaires par les partenaires et les pays. La question de la qualité des données qu'il convient d'améliorer a également été évoquée. En outre, les délégués ont mis en avant les défis suivants: l'introduction de nouveaux vaccins onéreux; le maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale systématique et des indicateurs de surveillance élevés; le refus de vacciner les enfants pour des raisons religieuses; la pénurie aiguë de personnels de santé; le maintien et l'accroissement des niveaux de financement, alors que plusieurs priorités se font concurrence.

82. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs contributions utiles. Dans ses commentaires, le Directeur général de l'OMS a insisté sur le fait que la vaccination constitue l'élément essentiel du renforcement des systèmes de santé. Elle a évoqué la nécessité de maintenir la couverture de la vaccination systématique et des activités de surveillance de la poliomyélite pour que la Région devienne plus rapidement

exempte de polio. Elle a mentionné l'existence de nouvelles opportunités de financement offertes par la Fondation Bill et Melinda Gates et la nécessité d'actualiser *La Vaccination dans le monde: vision et stratégie (GIVS)*. En outre, elle a souligné l'importance de la communication et du plaidoyer pour améliorer la prise en main par la communauté des services de vaccination.

83. Le Directeur régional a fait ressortir les défis liés à la qualité des données, notamment pour ce qui est de l'exactitude et de la fiabilité du dénominateur. Il a souligné à nouveau la nécessité d'un plaidoyer plus appuyé pour garantir l'accessibilité économique des nouveaux vaccins. Il a noté la récente résurgence des flambées de rougeole dues à la baisse de la couverture vaccinale systématique et a réclamé un engagement politique accru et l'allocation de ressources supplémentaires locales et externes. Il s'est félicité de la collaboration fructueuse qui existe entre les partenaires, notamment l'UNICEF, GAVI et l'OMS.

84. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC60/14 intitulé «Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine: Défis et recommandations» pour accélérer la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination, ainsi que la résolution AFR/RC60/4 y afférente.

Solutions en matière de cybersanté dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/5)

85. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que d'après le document, la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la santé et dans des domaines connexes. Il a fait observer que la cybersanté peut contribuer au renforcement des systèmes de santé en améliorant la disponibilité, la qualité et l'utilisation de l'information et des bases factuelles, grâce au renforcement de leurs systèmes d'information sanitaire; au perfectionnement des personnels de santé et à l'amélioration de sa performance à la faveur de l'élimination des barrières en termes de distance et de temps, grâce à la télémédecine et à la formation médicale continue; l'amélioration de l'accès à l'information et aux connaissances sanitaires existantes aux niveaux mondial et local; et la promotion de changements positifs dans les modes de vie pour lutter contre les maladies courantes et les prévenir.

86. Parmi les défis essentiels que les pays doivent relever figurent la «fracture numérique», c'est-à-dire l'inadéquation des infrastructures et des services TIC, et le manque de compétences et de savoir-faire pour leur utilisation; les coûts élevés de développement et de maintenance d'une infrastructure TIC; les connaissances limitées en matière de cybersanté; l'absence d'un environnement politique favorable; le faible niveau de leadership et de coordination; l'insuffisance des capacités humaines pour planifier et appliquer les solutions qu'offre la cybersanté; la faiblesse des infrastructures et des services TCI dans le secteur de la santé; l'insuffisance des ressources financières et les faiblesses des systèmes de suivi et d'évaluation.

87. Les mesures proposées comprennent ce qui suit: promouvoir un engagement politique national sur le plan de la cybersanté et la connaissance de celle-ci; créer un environnement politique favorable; renforcer le leadership et la coordination; créer des infrastructures et établir des services de cybersanté, y compris l'instauration de connexions Internet pour les établissements de santé; la création de sites web pour les ministères de la santé, la mise en place de réseaux locaux et celle de services de télémédecine; développer les capacités humaines en matière de cybersanté; mobiliser des ressources financières pour la cybersanté; et suivre et évaluer la mise en œuvre des plans et cadres nationaux de cybersanté.

88. Les membres du Comité régional ont accueilli favorablement le document et reconnu l'importance et l'utilité de la cybersanté pour modifier la façon dont les activités étaient menées, en modernisant, en améliorant l'accès aux services de santé et l'efficacité de leur prestation. Plusieurs délégués ont partagé des données d'expérience relatives à l'utilisation de la cybersanté pour renforcer les services de santé. Celles-ci comprenaient des améliorations apportées aux systèmes d'information sanitaire; la connexion des établissements sanitaires centraux avec les établissements périphériques pour la prestation de services de télémédecine; l'utilisation du cyberapprentissage pour la formation des agents de santé et l'utilisation de téléphones mobiles pour rappeler à des patients sous antirétroviraux de prendre leurs médicaments, pour suivre le circuit des médicaments, pour établir des rapports concernant des maladies épidémiques et assister des femmes enceintes au cours du travail.

89. Des préoccupations ont été exprimées quant à la multiplicité des solutions en matière de cybersanté et à la pression exercée sur les ministères de la santé par des vendeurs intéressés par la promotion de leurs produits, tandis que les ministères n'ont pas la capacité d'évaluer ces produits. Le fait que la mise en œuvre d'applications et de solutions sur le plan de la cybersanté requiert la mise en place de

cadres juridiques et éthiques garantissant l'harmonisation et l'interopérabilité des services et leur intégration dans les systèmes de santé nationaux, a été mis en évidence. Les délégués ont fait part de la nécessité de personnaliser les normes et les technologies pour s'adapter aux conditions locales et garantir la durabilité à long terme des systèmes. Ils ont demandé à l'OMS de créer un «pool de brevets» pour les solutions de cybersanté élaborées par les États Membres; de faciliter la documentation et le partage des données d'expérience des pays et des meilleures pratiques; de fournir des conseils pour l'élaboration de politiques, stratégies et programmes nationaux de cybersanté, et d'aider les pays à négocier avec les vendeurs.

90. Le Directeur général de l'OMS a reconnu les efforts déployés par les États Membres dans l'application de solutions en matière de cybersanté dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. Elle a fait savoir aux délégués que l'Union internationale des Télécommunications (UIT) de l'ONU a mis en place une Commission large bande co-présidée par le Président de la République du Rwanda, Son Excellence Paul Kagame, pour fournir des recommandations en ce qui concerne les perspectives. Elle a dit que l'OMS collaborera étroitement avec l'UIT pour élaborer une stratégie pour appuyer les pays. Elle a également indiqué que l'OMS prendrait conseil auprès de UNITAID en ce qui concerne l'applicabilité d'un «pool de brevets» pour les applications de cybersanté.

91. Le Directeur régional a rappelé que le Ministère de la Santé du Rwanda avait demandé de débattre de la cybersanté au cours de la cinquante-neuvième session du Comité régional et que le document était destiné à apporter une compréhension commune des questions concernées. Il a informé les délégués des efforts que l'OMS est en train de déployer dans la Région africaine pour utiliser des solutions basées sur les TIC pour améliorer sa performance. Ceux-ci comprennent le déploiement du système de gestion mondial (GSM) de l'OMS, la mise en place du Centre stratégique d'Opérations sanitaires et la création de l'Observatoire africain de la Santé. Il a également indiqué que l'OMS collaborait avec la Commission de l'Union africaine dans le domaine de l'harmonisation des politiques nationales en matière de cybersanté. L'Organisation mondiale de la Santé coopèrera avec les organismes compétents tels que l'Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle (OMPI) afin de donner des orientations aux États Membres dans le cadre de la protection des logiciels et/ou d'applications. Le Dr Sambo a indiqué que la cybersanté est présumée prendre une importance croissante et les progrès réalisés quant à sa mise en œuvre seront rapportés au cours des futures sessions du Comité régional.

92. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC60/5 : «Solutions en matière de cybersanté dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives» et la résolution AFR/RC60/R3 préparée sur le sujet.

Cancer du col de l'utérus dans la région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/6)

93. Le Président du Sous-Comité du Programme a signalé que le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus courant chez les femmes dans les pays en développement. Environ 500 000 nouvelles patientes ont été diagnostiquées dans le monde en 2002 et près de 90 % d'entre elles dans les pays en développement. Des incidences élevées du cancer de l'utérus ont été signalées en Afrique à des taux dépassant 50 pour 100 000 habitants, et le taux de mortalité normalisé selon l'âge dépassait parfois 40 pour 100 000 femmes. Le facteur majeur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH), qui est très répandue chez les adolescents. Plus de 80 % des cancers en Afrique subsaharienne sont détectés alors qu'ils sont à un stade avancé, principalement du fait du manque d'information, d'où des taux de mortalité élevés, même après le traitement.

94. Les défis majeurs auxquels les pays sont confrontés comprennent l'absence de politiques, de stratégies et de programmes de lutte contre le cancer de l'utérus, le manque de données récentes et complètes, un énorme fardeau économique et psychosocial, l'insuffisance ou l'absence d'informations et de compétences; le coût élevé de la vaccination contre le VPH; l'accès inexistant à la prévention secondaire, le coût inabordable des ressources thérapeutiques, la méconnaissance des soins palliatifs, l'inaccessibilité géographique de la prévention tertiaire, et l'absence de collaboration et de coordination des interventions.

95. Les mesures proposées pour renforcer la prévention et la lutte contre le cancer comprennent ce qui suit: élaborer et mettre en œuvre des programmes basés sur des politiques clairement définies; mobiliser et allouer des ressources suffisantes; améliorer les connaissances et les qualifications du personnel de santé; mettre en œuvre des techniques d'inspection visuelle de dépistage du cancer de l'utérus, suivi par un traitement immédiat par cryothérapie; introduire la vaccination contre le VPH comme moyen de lutte contre le cancer; prendre en charge les cas de cancer avancés; mettre en place un système de surveillance adéquat, en assurant une surveillance des interventions et en évaluant l'impact des programmes de prévention; et renforcer la collaboration interdisciplinaire et les partenariats inter- et mutisectoriels en vue d'une synergie de l'action.

96. Le Comité régional a accueilli favorablement le document et noté que le cancer de l'utérus est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes. Les délégués ont partagé les données d'expérience de leur pays qui comprenaient l'absence de services; l'inexistence des programmes nationaux de lutte contre le cancer; le recours à des approches de prévention primaire; notamment la promotion de modes de vie sains et de pratiques sexuelles plus sûres; l'introduction du vaccin contre le VPH; le dépistage précoce par inspection visuelle avec de l'acide acétique ou au lugol et le traitement par cryothérapie et les approches de prévention tertiaire, notamment le traitement et les soins palliatifs des cas avancés.

97. Les délégués ont salué l'appui reçu de l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA), du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), de la Fondation Bill et Melinda Gates, de l'Alliance GAVI, de l'UNFPA, de l'Agence française de Développement et d'autres. Ces appuis ont permis à certains pays de mettre en place des centres anticancéreux ayant des moyens ultramodernes et des cliniques mobiles pour faciliter le dépistage. Ils ont demandé à l'OMS et à des partenaires de fournir un appui pour évaluer l'ampleur des maladies et l'impact des interventions actuelles, assurer un plaidoyer pour la mobilisation des ressources et pour renforcer les capacités.

98. Les délégués ont également attiré l'attention sur certains des défis essentiels notamment, l'absence de données précises; l'inadéquation des ressources humaines et financières; le manque d'équipement et de fournitures; le coût élevé du traitement et du vaccin contre le VPH; la sensibilisation inexistante; et les modes de vie à risque. Les participants ont mis l'accent sur l'importance qu'il y a d'adopter une approche multisectorielle et intégrée dans les services de santé génésique, y compris la participation d'autres secteurs, comme l'éducation, la santé de la femme, le bien-être social, la communication et la société civile. Des politiques, plans et programmes exhaustifs devraient aborder tous les types de cancers, tout en tenant compte des besoins de groupes spécifiques.

99. Le Secrétariat a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions et réitéré la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie complète pour la prévention et la lutte contre le cancer de l'utérus. L'accent a été également mis sur le fait que l'introduction d'un vaccin contre le VPH ne devrait pas détourner l'attention du dépistage efficace.

100. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC60/6: «Cancer de l'utérus dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives».

Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/7)

101. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a noté que l'Organisation mondiale de la Santé définit un système de santé comme englobant toutes les organisations, tous les acteurs et toutes les actions dont l'intention primaire est de promouvoir, rétablir et maintenir la santé; dans le même ordre d'idées, un district est défini comme étant une unité administrative clairement désignée de l'administration locale ayant de nombreuses responsabilités pour desservir la population locale. L'efficacité de la prestation de services au niveau du district dépend de la compétence et de l'effectif des équipes de gestion sanitaire du district, de même que des équipes de gestion concernées dans les centres de santé, les postes et les communautés.

102. Le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, la Déclaration d'Addis Abbeba sur la Santé communautaire, le Rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde, consacré aux soins de santé primaires, et d'autres documents connexes présentent dans leurs grandes lignes les principes et les approches en matière de renforcement des systèmes de santé et mettent l'accent sur le rôle des communautés et des partenaires dans le développement sanitaire. Les communautés sont définies comme étant des groupes sociaux de toute taille dont les membres résident dans une localité spécifique, exercent ensemble une autorité et ont souvent un héritage culturel et historique commun.

103. La Région africaine a fait des progrès dans la promotion et le renforcement de l'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire. Toutefois, il y a les défis liés à la pénurie d'équipes compétentes au niveau du district, à la couverture inéquitable des interventions de santé essentielles, au fait que les services de santé ne sont pas assez complets, à la coordination insuffisante de la continuité des soins, à l'augmentation insuffisante de la production des agents de santé, à l'inadéquation des mesures visant à encourager le recrutement, la fidélisation, le perfectionnement et le déploiement approprié et équitable des personnels, à l'institutionnalisation inadéquate de systèmes de prépaiement efficaces, à la gestion inefficace des systèmes d'approvisionnement, à l'inadéquation des mécanismes permettant de renforcer les systèmes de gestion de l'information sanitaire, à l'absence d'un environnement propice au niveau communautaire, et à la décentralisation inadéquate de l'autonomie

financière et des responsabilités pour le recrutement et le perfectionnement du personnel.

104. Les mesures proposées consistent à renforcer le leadership des équipes de gestion de la santé au niveau du district, à mettre en œuvre un paquet complet de services de santé essentiels, à améliorer l'organisation et la gestion de la prestation de services de santé, à institutionnaliser le concept des soins de santé primaires comme mécanisme central de la coordination, à améliorer l'adéquation des ressources humaines pour la santé et à adopter une approche axée sur les équipes dans l'évaluation des performances, à mettre en place des mécanismes de prépaiement comme l'assurance sociale maladie et le financement des soins de santé par l'impôt, à renforcer les processus d'achat, d'approvisionnement et de distribution, à clarifier les responsabilités des districts dans la réalisation des objectifs nationaux, internationaux et des objectifs du Millénaire pour le développement, à donner aux communautés les moyens de prendre elles-mêmes les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé, et à créer un environnement propice à la dévolution des responsabilités du secteur de la santé aux districts.

105. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour avoir inclus le document dans l'ordre du jour en raison de son importance et de sa pertinence. Les délégués ont réitéré l'importance du renforcement des systèmes de santé au niveau du district et de l'autonomisation des communautés pour participer à l'amélioration de leur propre santé. Des données d'expérience ont été échangées en ce qui concerne les diverses stratégies utilisées pour renforcer les systèmes de santé et garantir la disponibilité, l'accessibilité, le coût économiquement abordable, l'acceptabilité et l'utilisation de services de santé de qualité en appliquant l'approche des soins de santé primaires. Ces stratégies comprennent l'utilisation de plans stratégiques nationaux relatifs à la santé pour harmoniser et aligner les ressources en recourant à des approches et des accords sectoriels, l'utilisation de mécanismes de prépaiement pour accroître la couverture pour des services de santé maternelle et infantile gratuits sur le lieu de leur prestation, l'instauration de mesures visant à fidéliser les agents de santé, la mise en place de centres de santé à proximité d'écoles pour promouvoir l'utilisation des services de santé par les écoliers, et le recours aux femmes pour promouvoir l'utilisation des services de santé, notamment au niveau communautaire.

106. En réponse, le Secrétariat a souligné le rôle de la gestion avisée et du leadership des ministres de la santé dans la gestion des services de santé et mis en évidence l'importance de la coordination à tous les niveaux, du financement sur la base de la performance et de la décentralisation des services. Les États Membres ont été encouragés à élaborer des plans sanitaires stratégiques nationaux totalement chiffrés

qui incluent des cadres de responsabilisation pour mesurer les apports et les processus des interventions de santé, de même que les résultats et l'impact. La nécessité pour les pays de mobiliser et d'allouer des ressources domestiques suffisantes pour la santé a été soulignée, ceci afin de garantir une plus importante appropriation par les pays et la durabilité des interventions. Le Secrétariat a exprimé sa ferme intention d'appuyer les pays, en collaboration avec d'autres partenaires, en renforçant les systèmes de santé par l'utilisation de l'approche des soins de santé primaire grâce aux mécanismes existants tels que l'Initiative HHA.

107. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC60/7: «Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires».

Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS

(document AFR/RC60/8)

108. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que la drépanocytose est une maladie héréditaire liée à une anomalie de l'hémoglobine et que c'est la maladie génétique la plus répandue dans la Région africaine de l'OMS. Dans 22 pays environ d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, la prévalence du trait drépanocytaire varie entre 20 % et 30 %. Il n'y a pas d'interventions de santé publique communément acceptables pour la prise en charge clinique de la drépanocytose. Il s'ensuit que la survie moyenne des drépanocytaires est inférieure à cinq ans et selon les estimations, environ 50 à 80 % des quelque 400 000 enfants nés chaque année en Afrique avec la drépanocytose meurent avant l'âge de cinq ans. Ceux qui survivent présentent une atteinte des organes cibles, qui réduit leur durée de vie.

109. La charge de la drépanocytose dans la Région africaine augmente en fonction de la croissance démographique. Cela a d'importantes implications sur le plan socio-économique et de la santé. En dépit de l'intérêt manifesté récemment à un haut niveau pour la drépanocytose, notamment l'engagement avéré de quelques Premières Dames d'Afrique et l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une résolution reconnaissant la drépanocytose comme un problème de santé publique, les investissements dans la prévention et la prise en charge de la drépanocytose en recourant à des mesures efficaces de prévention primaire et à la prise en charge globale des soins de santé demeurent insuffisants.

110. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de l'incidence de la drépanocytose, de la morbidité et de la mortalité qu'elle entraîne dans la Région africaine. Les interventions proposées comprennent la mise en œuvre d'activités de plaidoyer efficace en faveur de l'accroissement de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources; la promotion de partenariats; la création de programmes nationaux de lutte contre la drépanocytose ou le renforcement de ceux existants; le renforcement des capacités des professionnels de la santé; la mise en œuvre d'activités d'appui en faveur de groupes spéciaux; l'amélioration de la prévention primaire grâce aux conseils et aux tests génétiques; le renforcement de l'examen et du dépistage précoces; la prise en charge globale des soins de santé pour les drépanocytaires; la fourniture de médicaments à un prix abordable; le renforcement des capacités de diagnostic et de laboratoire et des approvisionnements; la mise sur pied d'une surveillance de la drépanocytose et le renforcement de celle existante, et la promotion d'une recherche novatrice.

111. Le Comité régional a remercié le Secrétariat pour avoir inclus un thème aussi important dans l'ordre du jour, étant donné que c'est l'une des maladies qui est une source majeure de préoccupation sur le plan de la santé publique dans la Région. Les délégués ont partagé les données d'expérience de leur pays dans les domaines de la surveillance; de la prévention primaire, notamment, les conseils en génétique; et de la prévention secondaire, notamment, le dépistage néonatal; la détection précoce et de la prise en charge des cas. Ils ont mis l'accent sur la nécessité de mettre en place des réseaux inter pays; de plaider en faveur de soins médicaux gratuits; de promouvoir la recherche; d'assurer un renforcement des capacités sur le plan de la prise en charge de la drépanocytose et d'encourager les conseillers à prendre en considération les facteurs sociaux et culturels associés. Ils ont également indiqué que le plaidoyer pour la drépanocytose a gagné du terrain dans quelques pays grâce à la participation de services politiques à un haut niveau, notamment les Premières Dames.

112. Certains délégués ont mentionné l'existence de médicaments traditionnels récemment commercialisés pour soulager les douleurs causées par la drépanocytose et ont demandé à l'OMS d'accorder un appui technique aux pays pour la mise en œuvre d'une stratégie régionale relative à la drépanocytose.

113. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs contributions et l'approbation du document. Le Secrétariat s'est déclaré résolu à fournir un appui technique aux pays pour la mise en œuvre d'une stratégie régionale relative à la drépanocytose.

114. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC60/8 : «Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS».

Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, enjeux et perspectives
(document AFR/RC60/10)

115. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a noté que la tuberculose (TB) constitue une haute priorité dans la Région africaine de l'OMS et qu'en 2005, le Comité régional a déclaré la tuberculose comme une urgence dans la Région. En 2007, la Région a enregistré 22 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde. Les taux de notification des cas ont augmenté de 82/100 000 en 1990 à 158/100 000 en 2007. Selon les estimations, 51 % des tuberculeux testés en 2007 étaient séropositifs, faisant ainsi de l'infection à VIH le facteur de risque le plus important pour l'incidence de la tuberculose dans la Région.

116. Il a indiqué que la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) est en passe de devenir un problème dans la Région. La TB-MR se définit comme la tuberculose causée par des organismes résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine. La tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) est une TB-MR qui résiste également à toutes les fluoroquinolones et au moins à l'un des trois antituberculeux injectables de seconde intention. Entre janvier 2007 et décembre 2009, 22 032 nouveaux cas de TB-MR ont été signalés par 33 pays. On estime que 1501 nouveaux cas de TB-UR ont été notifiés par huit pays au cours de la même période.

117. Les défis auxquels les pays sont confrontés sont notamment les taux d'échec des traitements de la tuberculose; l'absence générale de mesures de lutte contre l'infection dans les communautés et les établissements sanitaires; les politiques, les manuels et les lignes directrices dépassés; l'insuffisance des services de laboratoires de qualité; la faiblesse de la surveillance de la tuberculose résistante; la faiblesse des normes de soins et de lutte contre l'infection; l'insuffisance des médicaments de seconde intention; la longue durée du traitement et d'autres défis liés aux systèmes de santé comme l'accès limité aux services antituberculeux généraux et l'insuffisance des ressources humaines pour la santé.

118. Les mesures proposées sont notamment les suivantes: prévenir l'apparition de souches de tuberculose résistantes; intensifier la prise en charge programmatique de la tuberculose résistante; mettre en place et maintenir des systèmes nationaux de surveillance de la tuberculose résistante; renforcer les systèmes de gestion des achats

et des approvisionnements en médicaments de seconde intention; élaborer et mettre en œuvre des mesures de lutte antituberculeuse; mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures recommandées; étendre les réseaux régionaux pour le diagnostic de la TB-MR et de la TB-UR; et entreprendre de la recherche opérationnelle.

119. Le Comité régional a fait observer que la situation de la TB-MR et de la TB-UR pose un problème de santé publique majeur dans la Région. Les pays ont partagé leurs données d'expérience relatives à la qualité des données dans l'estimation de l'ampleur de la TB-MR et de la TB-UR, à la prise en charge des cas, au renforcement des laboratoires, à l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et à la gestion de leur logistique, et à l'amélioration de la surveillance. Les délégués se sont dits préoccupés par le nombre de patients à suivre qui sont perdus en raison de mouvements transfrontaliers de populations migrantes, par les coûts excessifs du traitement, la capacité de diagnostic limitée, le nombre insuffisant d'experts en tuberculose, le manque de centres d'excellence et le financement insuffisant.

120. Le Secrétariat a félicité les pays de leurs efforts visant à réduire la charge de la tuberculose et les a encouragés à les intensifier, afin de maintenir la dynamique et d'appuyer les partenariats existants. Le Secrétariat a salué les efforts que l'UNITAID déploie en ce moment pour réduire le prix des médicaments antituberculeux de seconde intention, et a appelé à un renforcement des capacités en personnel et à la formation de davantage de professionnels à la prise en charge de la TB-MR et de la TB-UR.

121. Le Comité régional a adopté avec des amendements le document AFR/RC60/10: «Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives».

Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/12)

122. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que dans le contexte de la crise économique mondiale actuelle, selon le Fonds monétaire international, la production mondiale devrait reculer de 1,4 % en 2009, avant d'amorcer progressivement une reprise en 2010 pour atteindre un taux de croissance de 2,5 %. Le taux de croissance moyen réel du produit intérieur brut (PIB) en Afrique est passé de 5% environ en 2008 à 2,8% en 2009. Dans la Région africaine, le PIB a diminué de US \$94,48 milliards entre 2008 et 2009. En 1997-1998 en Asie et en 2001-2002 en Amérique latine, des crises similaires ont entraîné des coupes dans les

dépenses de santé, une baisse des taux d'utilisation des services de santé, ainsi qu'une détérioration de la situation de la nutrition et de la santé infantile et maternelle et des indicateurs de santé. Il faudrait donc s'attendre à une diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs en matière de santé au sein de la Région africaine.

123. Les principaux défis que les pays doivent relever comprennent la diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs par habitant pour la santé; la réduction des dépenses liées à la maintenance, aux médicaments et autres dépenses de fonctionnement; une forte augmentation de la demande des services de santé du secteur public, à mesure que l'utilisation des services de santé privés diminue; la réduction disproportionnée de la consommation des services de santé et de l'alimentation chez les pauvres; l'inefficacité dans l'utilisation des ressources affectées au secteur de la santé; le manque d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé; l'absence de bases factuelles concernant les effets des crises économiques antérieures sur la Région africaine.

124. Les mesures proposées comprennent le suivi des effets sur la santé et des réponses politiques; l'intensification du plaidoyer interne et externe; l'institutionnalisation des comptes de santé aux niveaux national et de district en vue du suivi des dépenses de santé internes et externes; l'établissement d'un nouvel ordre de priorité pour les dépenses publiques, en passant des interventions de santé publique à faibles résultats à celles ayant des résultats élevés; l'amélioration de la gestion des ressources financières; l'amélioration de la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments et articles médicaux; l'amélioration de l'interaction entre agents de santé et patients; la réduction des inefficacités économiques; le renforcement des filets de sécurité sociale; l'accroissement de la participation du secteur privé; et l'augmentation des investissements dans les systèmes de santé nationaux.

125. Le Comité régional a remercié le Secrétariat pour le document et a noté que la crise financière et économique mondiale a des implications importantes pour le secteur de la santé dans les États Membres de la Région africaine et demande des réponses efficaces à court et long termes.

126. Les délégués ont noté qu'il est nécessaire d'analyser davantage et d'identifier une combinaison des interventions effectives pour atténuer les conséquences négatives de la crise sur la santé et le secteur de la santé; il est également nécessaire de recourir aux réponses à long terme incluses dans les principes des soins de santé

primaires tels que stipulés dans la Déclaration de Ouagadougou. Il a été observé que la crise est susceptible d'entraîner des contraintes budgétaires, surtout en raison de la diminution des ressources externes, compromettant ainsi la lutte contre les principaux problèmes de santé sur le continent. En outre, la crise pourrait conduire à la fragmentation des services. Les délégués ont suggéré que le rôle de l'OMS soit clairement déterminé. Il a également été recommandé qu'un plaidoyer intensif soit mené en faveur de la mobilisation des ressources, conformément aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et à d'autres initiatives pertinentes.

127. Le Secrétariat a réitéré la nécessité d'améliorer l'efficacité technique des systèmes de santé afin de générer des ressources sur le plan interne. La nécessité de mettre en place des mécanismes de financement novateurs et le respect des engagements pris dans divers forums (notamment la cible de 15% fixée à Abuja) ont été soulignés en tant que mécanismes possibles pour atténuer les effets de la crise sur la santé et le secteur de la santé. Des mesures sectorielles et intersectorielles seraient d'une importance primordiale pour atténuer les conséquences de la crise économique. Le Secrétariat a informé les délégués que l'OMS a attiré l'attention de l'Union africaine et des Communautés économiques régionales sur l'impact possible de la crise sur le secteur de la santé dans la Région africaine.

128. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC60/12: «Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région».

Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/9)

129. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que les pays de la Région africaine de l'OMS continuent d'être touchés par des épidémies récurrentes de choléra, de paludisme, de méningite, de rougeole et de maladies zoonotiques, y compris les fièvres hémorragiques virales (FHV), la peste et, tout récemment, la dengue, qui ont un impact significatif sur la santé et le développement socio-économique dans la Région. En 2009, tous les 46 États Membres de la Région ont notifié au moins une épidémie, et 33 pays ont notifié des cas de grippe pandémique A (H1N1).

130. En dépit d'une amélioration notable dans les capacités régionales et nationales de détection précoce, de confirmation et de caractérisation des épidémies et pandémies, les États Membres continuent d'être confrontés à des défis. Ceux-ci comprennent l'absence d'évaluation systématique des risques; l'inefficacité des systèmes d'alerte et de riposte précoces; la faiblesse de la coordination et de la

collaboration entre les secteurs en charge de la santé humaine et ceux en charge de la santé animale; la coordination inter pays insuffisante; l'absence de plans consolidés de préparation et de riposte aux épidémies; l'incapacité d'entretenir, au niveau national, des équipes fonctionnelles de riposte rapide aux épidémies et des stocks de fournitures nécessaires pour la riposte aux épidémies; l'absence de ressources financières suffisantes; la capacité de riposte limitée au niveau local; l'inadéquation de l'accès à de l'eau potable et à un assainissement fiable; la prolongation des saisons sèches ou des pluies; et les déplacements de population associés aux catastrophes naturelles et à celles causées par l'homme.

131. Les mesures proposées consistent à conduire des évaluations des risques; à mettre en place des systèmes d'alerte précoce ou à renforcer ceux existant; à adopter l'approche «Un monde, une seule santé» pour prévenir et combattre les maladies zoonotiques; à investir dans la santé environnementale; à intensifier la promotion de la santé; à faire de la recherche; à mettre en place des comités nationaux multisectoriels et fonctionnels pour la prise en charge des épidémies; à former des agents de santé; à créer et à maintenir des équipes de riposte rapide aux épidémies aux niveaux national, provincial et de district; à améliorer la riposte en prépositionnant les fournitures et équipements essentiels, notamment les vaccins, les outils de diagnostic et les fournitures pour le traitement; à organiser régulièrement des réunions inter pays et à renforcer la communication entre pays voisins.

132. Le Comité régional a remercié l'OMS, les Centres de prévention et de lutte contre la maladie (Atlanta), et la Fondation Bill et Melinda Gates pour l'appui apporté dans le renforcement des systèmes de surveillance en Afrique centrale. Les délégués ont recommandé la prise en compte des questions liées à l'engagement politique, aux mesures intersectorielles et à la participation communautaire; à la fourniture des équipements adéquats pour les équipes de riposte rapide; au renforcement de la recherche sur les maladies à tendance épidémique; à la fourniture d'équipements de communication aux districts et à l'amélioration du dépistage en vue de la détection précoce des épidémies; et au renforcement des partenariats entre l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'Office international des Épidémiologistes et les autres partenaires. Il a également été recommandé que les pays renforcent les partenariats entre les différents secteurs pour résoudre les problèmes liés aux rapports entre l'homme et l'animal, et investir dans l'environnement. La création d'un fonds d'urgence pour fournir des ressources adéquates, notamment des médicaments et des vaccins abordables pour lutter contre les épidémies, a été appuyée.

133. Les délégués ont également recommandé qu'en raison des contraintes tant en ressources humaines que financières, les mesures proposées soient mises en œuvre par étapes; ainsi par exemple, les mesures liées à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) seraient appliquées au plus tard en 2012, et les quatre dernières à l'horizon 2015. Ils ont également recommandé que le rôle de l'OMS dans l'appui à apporter pour les mesures proposées soit clairement défini et la capacité de l'Organisation à fournir un appui technique par l'intermédiaire des équipes d'appui interpays renforcée.

134. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC60/9: «Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte».

Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/11)

135. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir que la Région africaine de l'OMS continue à être en butte à des conflits fréquents et à des catastrophes naturelles qui provoquent des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction des établissements de santé et l'interruption des services, avec la plupart du temps des effets dévastateurs. Les pertes économiques totales dues aux décès imputables aux catastrophes dans la Région en 2007 ont été estimées à US \$117,2 millions. En 2008, on comptait plus de 12 millions de réfugiés et de personnes déplacées, contre environ 6 millions en 1997. En 2009, dans la Corne de l'Afrique, environ 23 millions de personnes ont eu besoin d'une aide alimentaire et plus d'un million et demi, dans 26 pays, ont été victimes d'inondations.

136. Les principaux problèmes auxquels les pays ont été confrontés sont l'incapacité à effectuer des analyses de la vulnérabilité et une cartographie des risques; l'inexistence de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui couvrent des risques multiples; l'absence d'activités de préparation aux situations d'urgence et d'interventions humanitaires dans les plans nationaux de développement; le manque de programmes intégrés de réduction des risques et de préparation aux catastrophes; l'insuffisance des capacités pour assurer l'application des normes nationales; la faiblesse des mécanismes de coordination; l'insuffisance des systèmes d'alerte avancée; le manque d'une masse critique de personnels qualifiés; une participation communautaire insuffisante; une allocation insuffisante des ressources; et l'absence d'une stratégie régionale actualisée qui intègre les nouvelles approches et résolutions mondiales.

137. Les mesures proposées comprennent l'évaluation des dangers, des vulnérabilités, des risques et des capacités au niveau du secteur de la santé; la mise à jour des plans nationaux de développement afin d'y intégrer le relèvement des systèmes de santé au lendemain des catastrophes; la création d'une unité de gestion des urgences sanitaires comprenant des personnels à temps plein du ministère de la santé; la création ou le renforcement de comités multisectoriels sur les situations d'urgence; le renforcement du volet santé des systèmes d'alerte précoce pour les catastrophes naturelles et les crises alimentaires; l'élaboration et le financement des programmes d'enseignement et de formation; l'élaboration de programmes de sensibilisation, de communication en matière de risques, de formation et d'autres programmes permettant d'avoir une «communauté préparée»; l'accroissement du financement destiné à la prévention des catastrophes, à la préparation aux situations d'urgence et au relèvement des systèmes de santé au lendemain des situations d'urgence; et l'élaboration d'une nouvelle stratégie régionale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, ainsi que d'un cadre pour fournir aux États Membres une orientation.

138. Le Comité régional a accueilli avec satisfaction le document et s'est dit reconnaissant du bon appui technique fourni aux pays lors des situations d'urgence. Les délégués se sont dit inquiets du manque de capacités humaines pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence au niveau des pays; de l'insuffisance des ressources financières; et des risques professionnels. Ils ont recommandé que les stratégies sanitaires nationales prévoient des interventions de préparation et de riposte aux situations d'urgence et un financement suffisant. Il a été noté que les épidémies et les catastrophes affectent souvent plus d'un pays à la fois et que, par conséquent, il convient de promouvoir la collaboration entre les pays, le partage des ressources et les interventions transfrontalières. Étant donné que les petits États insulaires sont particulièrement vulnérables à des phénomènes météorologiques extrêmes liés au changement climatique, les délégués ont recommandé que des stratégies spéciales de préparation et de riposte aux situations d'urgence leur soient consacrées. Les délégués ont demandé au Secrétariat d'aider à la formation des professionnels et à l'élaboration de politiques et de lignes directrices afin de disposer de systèmes d'alerte précoce fonctionnels, y compris d'équipes de riposte rapide.

139. Le Secrétariat a pris bonne note des commentaires des délégués et affirmé la nécessité d'intégrer et de coordonner la préparation et la riposte aux situations d'urgence dans les plans nationaux de développement sanitaire et les systèmes de santé. Il a souligné l'importance de la préparation pour gérer les situations d'urgence

et les catastrophes et l'utilité des plans nationaux stratégiques chiffrés pour la mobilisation des ressources. Le Secrétariat a informé les délégués que l'OMS collabore actuellement avec les établissements de formation pour renforcer les capacités des ressources humaines en préparation et riposte aux situations d'urgence. Les problèmes de mobilisation des ressources peuvent être résolus à travers l'utilisation des plans stratégiques nationaux pour le plaidoyer.

140. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC60/11: «Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives».

Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13)

141. Le Président du Sous-comité du Programme a rappelé que, conscient de ce que les États Membres de la Région africaine ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux épidémies et autres urgences de santé publique, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, à cet effet, lors de sa cinquante-neuvième session, la résolution AFR/RC59/R5 intitulée «Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle». La résolution prie le Directeur régional de faciliter la création d'un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique. Le document présente le cadre de création de ce Fonds.

142. Il a indiqué que la principale justification pour la création du Fonds est le manque de ressources suffisantes pour faire face aux fréquentes épidémies et les interventions de santé publique y afférentes dans la Région africaine. Il a été proposé que l'appellation du Fonds soit la suivante : «Fonds africain pour les urgences de santé publique (APHEF)». Le Fond a été créé en tant qu'initiative intergouvernementale régionale visant à mobiliser des ressources supplémentaires pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Le Fond viendra compléter les efforts actuels des gouvernements et des partenaires et renforcera la solidarité entre les États Membres, face aux urgences de santé publique.

143. Le Fonds sera financé aussi bien à partir des contributions minimales convenues que des contributions volontaires des États Membres, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Les contributions annuelles minimales des États Membres ont été fixées en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB) de

chaque pays par rapport au PIB total des pays de la Région africaine. Au total, les contributions annuelles proposées au Fonds s'élèveront à US \$100 millions. Les contributions minimales pour chaque État Membre ont été proposées. L'OMS sera chargée des décaissements du Fonds et de l'établissement de rapports sur l'utilisation des ressources du Fonds, par le biais de ses mécanismes financiers. La Banque africaine de Développement (BAD) sera l'administrateur du Fonds, et un fonds de roulement ne dépassant pas US \$20 millions sera créé au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. La BAD procédera à la reconstitution du fonds de roulement, sur la base de critères et procédures convenus.

144. Les structures fondamentales proposées pour le Fonds sont les suivantes: un comité consultatif rotatif, un groupe de revue technique et un secrétariat de l'APHEF. Le Comité consultatif rotatif composé du Directeur régional, de trois ministres de la santé et d'un représentant de la Banque africaine de Développement, aura pour mandat de donner les conseils nécessaires et de prendre des décisions concernant les orientations stratégiques du Fonds. Le Groupe de revue technique comprenant des experts de l'OMS examinera les propositions et les demandes, en fonction de critères techniques, et soumettra des recommandations de financement à l'approbation du Directeur régional de l'OMS. Le Secrétariat de l'APHEF, qui sera basé au Bureau régional, administrera le Fonds. Pour appuyer l'administration effective du Fonds, des coûts de soutien au Programme seront prélevés à un taux de 13 %, en conformité avec la résolution WHA 34.17.

145. Pour garantir la responsabilité, le Fonds utilisera les systèmes administratifs internes (mécanismes, règles et procédures) et les systèmes de gestion financière de l'OMS pour la réception et le décaissement, ainsi que pour les comptes rendus, la vérification et les rapports sur l'utilisation des fonds. Un rapport financier et technique annuel certifié, portant sur les opérations du Fonds, sera présenté à chaque réunion du Comité régional.

146. Le Comité régional a favorablement accueilli le Cadre et a félicité le Directeur régional pour avoir rempli le mandat qui lui a été donné lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de faciliter le processus de création de l'APHEF. Les délégués ont à l'unanimité réitéré la nécessité de créer le Fonds comme une occasion pour les États Membres de s'appuyer mutuellement de manière opportune en cas d'urgence imprévue. Ils ont observé que la mise en place du Cadre est un processus et faciliterait les discussions sur les modalités de fonctionnement du Fonds.

147. Les délégués ont demandé des éclaircissements sur les points suivants: les critères qui ont guidé le choix des contributions annuelles proposées, y compris les autres options utilisées par d'autres organismes et organisations; le délai de réception des contributions; les critères d'accès au Fonds; le temps entre la présentation des propositions et la réception des fonds; le niveau des coûts administratifs; et le rôle du Comité consultatif rotatif. Ils ont également souligné la nécessité d'étudier la possibilité d'étendre les contributions au Fonds au-delà des gouvernements, de répartir plus équitablement les contributions et d'envisager différents scénarios pour les contributions. Les délégués ont recommandé que d'autres discussions sur la critères et les modalités des contributions financière au Fonds associent les ministres des finances, la Banque africaine de Développement, l'Union africaine et les Communautés économiques régionales.

148. Le Directeur régional a remercié les délégués pour leurs contributions visant à améliorer le Cadre de création du Fonds et la résolution y relative. Il a informé les délégués des mesures prises pour remplir le mandat de faciliter la création du Fonds, qui lui a été confié lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional. Il s'est agi d'entreprendre un plaidoyer auprès des Chefs d'État des États Membres; d'interagir avec l'Union africaine et la Banque africaine de Développement; et de consulter l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui met déjà en œuvre l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS.

149. Des éclaircissements ont été donnés sur certaines des options du barème des contributions, y compris les questions d'équité, de taille démographique, de niveau économique et de montant de la dette nationale, auxquelles ont recours d'autres organisations et les organismes des Nations Unies. Les délégués ont aussi été informés que les frais administratifs de 13 % au titre des coûts d'appui au programme provenaient d'une décision prise par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il a été suggéré que la prochaine conférence interministérielle des ministres des finances et de la santé, organisée sous les auspices de la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique, soit une occasion d'obtenir les avis des ministres des finances.

150. Le Comité régional a convenu de différer les discussions sur les modalités du fonctionnement du Fonds jusqu'à la soixante et unième session du Comité régional et de créer un groupe de travail technique (GTT) pour préparer les délibérations pour l'année prochaine. Les recommandations du GTT seront incorporées au présent «Document cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique» (document AFR/RC60/13) qui sera par la suite révisé et soumis au Comité régional, pour examen lors de sa soixante et unième session.

151. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC60/R5 sur la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique.

DOCUMENTS D'INFORMATION

152. Le Comité régional a pris note des divers documents d'information. Ceux-ci comprennent les rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC60/INF DOC/1) et un rapport concernant le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC60/INF DOC/2).

RAPPORT DU GROUPE SPÉCIAL RÉGIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES PRODUITS MÉDICAUX DE QUALITÉ INFÉRIEURE/ FAUX/ FAUSSEMENT ÉTIQUETÉS/FALSIFIÉS/CONTREFAITS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC60/16)

153. le Président du Groupe spécial, M. Hashim Yusufu, a présenté le rapport de la réunion consultative du Groupe spécial sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits, tenue les 13 et 14 juillet 2010 à Brazzaville (République du Congo).

154. Il a été indiqué qu'à la suite des délibérations de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les produits médicaux contrefaits, le Bureau régional a organisé une réunion consultative regroupant des experts des autorités de réglementation pharmaceutique des États Membres pour examiner la situation actuelle, ainsi que les enjeux et défis, et proposer des mesures pour prévenir et lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine.

155. Le Groupe spécial a réitéré la nécessité que les produits médicaux répondent aux normes de qualité, d'innocuité et d'efficacité. Il a été indiqué que la qualité des produits médicaux constitue une préoccupation majeure de santé publique pour l'Organisation mondiale de la Santé et ses États Membres, dans la mesure où la fabrication illicite, la distribution, la large disponibilité et l'utilisation inconsidérée des produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits ont de graves conséquences sur la santé publique telles que l'échec thérapeutique, l'aggravation de la maladie, la résistance aux antimicrobiens, des incapacités et des traumatismes, la mort et la perte de la confiance à l'égard des systèmes de santé.

156. Le Groupe spécial a fait observer que les facteurs contribuant à la fabrication et à la distribution des produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits sont notamment l'absence d'une définition harmonisée de la contrefaçon; la mondialisation; l'expansion rapide de l'Internet; la création de zones franches; la porosité des frontières; la corruption; les conflits d'intérêts; la mauvaise gouvernance ; et l'accès de plus en plus facile aux techniques sophistiquées d'impression et de fabrication, qui favorisent considérablement ces pratiques illégales.

157. Le Président du Groupe spécial a également indiqué que dans bon nombre d'États Membres de la Région, les autorités de réglementation pharmaceutique (ARP) n'ont pas les capacités nécessaires pour faire appliquer efficacement les législations pertinentes. En particulier, il n'existe pas de législations contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits, et lorsqu'il en existe, ces législations ne sont pas appliquées rigoureusement; les ressources financières et humaines de nombreuses ARP sont limitées; les systèmes d'approvisionnement et de distribution sont fragmentés et faibles; l'analphabétisme et la pauvreté exposent les populations à des risques. L'ampleur du problème n'est pas bien appréhendée dans la plupart des pays de la Région; la coopération et la collaboration entre les autorités concernées (par exemple, les autorités de réglementation, les services chargés du commerce, de la police, des douanes et de la justice) ne sont pas généralement très étroites au sein des pays et entre les pays de la Région.

158. Les mesures proposées comprennent la réaffirmation de l'engagement des pays à combattre les produits médicaux contrefaits et de leur attachement à mettre à jour, élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques pharmaceutiques nationales; la création d'autorités nationales de réglementation pharmaceutique dotées d'un mandat juridique, d'une autonomie et de capacités institutionnelles appropriés; l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie viable pour les ressources humaines dans le secteur pharmaceutique; la mise en place de systèmes d'approvisionnement fiables et la mobilisation des ressources financières requises; la mise en place de systèmes efficaces pour la conduite d'études spécifiques et la surveillance systématique du marché; la mise au point de stratégies d'information, d'éducation et de communication en vue d'une meilleure sensibilisation; la mise en place de mécanismes efficaces de coopération et de collaboration aux niveaux national, régional et interrégional; et la création d'un groupe de travail régional axé sur les résultats et à durée limitée sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

159. Le Groupe spécial a recommandé que l'OMS poursuive l'élaboration d'outils et de lignes directrices pour permettre aux États Membres d'adapter et de mettre en œuvre leurs politiques et stratégies; continue à évaluer et à renforcer les ARP; aide les États Membres à mobiliser davantage de ressources; continue à faciliter l'échange d'informations objectives et indépendantes en matière de réglementation entre les États Membres; intensifie la promotion et les pratiques de bonne gouvernance, de responsabilité et de transparence dans les États Membres; renforce la recherche opérationnelle sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et en diffuse les résultats; renforce le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre la fabrication, la distribution et l'utilisation de produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

160. Le Comité régional s'est félicité de la qualité du rapport du Groupe spécial. Les États Membres sont convenus que la question des produits médicaux contrefaits est une préoccupation majeure de santé publique. Il a insisté sur la menace que représentent les marchés informels, les insuffisances des cadres réglementaires et les faibles capacités des laboratoires de contrôle de la qualité, ainsi que sur l'insuffisance des ressources humaines. Par ailleurs, les délégués ont souligné que l'accès limité aux produits médicaux et la faible couverture de ces produits au titre des régimes d'assurance maladie favorisent la circulation et l'utilisation des produits médicaux contrefaits. Les principaux défis à relever sont notamment la dépendance excessive à l'égard des produits médicaux importés; les faibles capacités de production dans certains pays; et les produits offerts sous forme de dons, qui ne répondent pas parfois aux normes de qualité. Ils ont fait d'autres observations sur les perspectives de la lutte contre la circulation des produits médicaux contrefaits commercialisés via l'Internet.

161. Les délégués ont été également préoccupés par les débats en cours sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et sur la relation entre l'OMS et le Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon de produits médicaux (IMPACT). Tous les États Membres ont été appelés à participer aux débats en cours d'une seule voix et d'y contribuer.

162. Les délégués ont recommandé la création d'un groupe de travail régional pour aborder les Perspectives africaines relatives à la prévention et à la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits, de même que leurs définitions, renforcer la collaboration et la coopération

entre les pays exportateurs et importateurs pour garantir les normes de qualité et de sécurité des produits médicaux, créer un organisme africain de réglementation pharmaceutique. Ils ont demandé à l'OMS de fournir un appui technique pour promouvoir les bonnes pratiques de fabrication et renforcer les systèmes de pharmacovigilance.

163. Le Secrétariat a apprécié le travail effectué par le Groupe spécial, la qualité du rapport et les précieuses contributions des délégués, qui seront prises en considération pour amender le document. L'OMS continuera d'accorder un appui aux États Membres pour contribuer aux travaux du Groupe de travail intergouvernemental sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

164. Le Secrétariat a réaffirmé l'engagement pris par l'OMS de protéger la santé publique et de continuer d'évaluer, d'appuyer et de renforcer les ARP, afin de garantir la qualité, l'efficacité et la sécurité des produits médicaux. Les États Membres ont été invités à contribuer par leurs points de vue à la consultation mondiale sur le web en envoyant leurs commentaires au Bureau régional de l'OMS pour consolidation et transmission aux membres du Conseil exécutif de la Région africaine avant janvier 2011. Il a été convenu de poursuivre la réflexion relative à la création d'une Agence africaine de réglementation pharmaceutique.

165. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC60/16 intitulé «Rapport du Groupe spécial régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS».

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2012-2013 (document AFR/RC60/17)

166. Le projet de budget programme 2012–2013 proposé a été présenté au Comité régional, pour examen et observations. Le budget programme biennal 2010-2013 est le dernier relevant du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il a été indiqué que la structure du plan - avec ses 13 objectifs stratégiques- reste inchangée. Ces objectifs stratégiques sont conçus pour indiquer l'orientation générale et les priorités.

167. Le Comité régional a été informé du fait que le budget programme 2012-2013 proposé s'appuie sur une évaluation des ressources disponibles dans l'environnement financier et sur la capacité d'exécution réelle de l'Organisation en 2008-2009. Il réaffirme la volonté du Secrétariat de mieux faire concorder la gestion des ressources avec les réalisations prévues pour les objectifs stratégiques et les grands bureaux, en ce qui concerne notamment les objectifs stratégiques prioritaires qui continuent à être

insuffisamment financés. Il est fidèle à la volonté de l'Organisation de renforcer l'appui de première ligne qu'elle fournit aux pays et d'apporter une aide suffisante aux niveaux régional et mondial. À cet égard, le principe des "70%-30%" continuera de présider à la répartition générale des ressources entre les régions et le Siège.

168. Le projet de budget programme 2012-2013 proposé s'élève au total à US \$ 4804 millions. L'augmentation de US \$264 millions par rapport au budget approuvé pour 2010-2011 correspond principalement à l'ajustement des budgets du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et du segment interventions en cas d'épidémies ou de crises, aux réalités de leur financement et de leur exécution. Le budget programme 2012-2013 proposé comprend trois éléments: i) les programmes de base, pour lesquels l'OMS a le contrôle stratégique et opérationnel exclusif des activités visées, et du choix des moyens, du lieu et du moment de leur mise en œuvre; ii) les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, qui sont des activités qui entrent pleinement dans le cadre hiérarchique des résultats de l'OMS et qu'elle est chargée d'exécuter, mais qui sont toutefois entreprises en collaboration avec des partenaires; iii) les interventions en cas d'épidémies ou de crises, qui ont trait à des activités qui dépendent d'événements extérieurs graves.

169. Il est prévu que le budget programme 2012-2013 proposé soit financé à hauteur de 20% par les contributions fixées et de 80% par des contributions volontaires, la plupart de ces dernières étant versées à des fins spécifiées. Il est proposé que le niveau des contributions fixées reste le même qu'en 2010-2011. La répartition des ressources provenant des contributions fixées entre les grands bureaux devrait rester la même que pour 2010-2011.

170. Le Comité régional a été informé que le suivi et l'appréciation de l'exécution du programme seront effectués au bout de 12 mois (évaluation à mi-parcours) et à la fin de l'exercice biennal (appréciation de l'exécution du budget programme). Le rapport de l'évaluation à mi-parcours sera présenté au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, au Conseil exécutif, à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux Comités régionaux à leurs sessions qui suivront la première année de l'exercice. L'appréciation de l'exécution sera présentée aux mêmes organes à la fin de la deuxième année de la période biennale.

171. Le Comité régional a fait bon accueil à la présentation du budget programme de l'OMS pour l'exercice 2012-2013 et noté avec préoccupation le fait qu'une proportion de 80% du budget proposé n'est pas garantie, surtout dans un climat de récession mondiale. Les délégués ont en outre noté que même si les contributions volontaires

sont plus grandes, leur mise à disposition n'est pas suffisamment souple pour que l'OMS réponde aux priorités en fonction des demandes des pays.

172. Étant donné les incertitudes relatives à la mobilisation de 80% du budget, le Comité régional a demandé si des moyens ou stratégies novateurs ont été mis en place pour améliorer à la fois la disponibilité et la souplesse des fonds volontaires pour mettre en œuvre le budget programme. Des éclaircissements ont été demandés concernant le sens et les incidences des fonds volontaires «entièrement et extrêmement souples» et «moyennement souples» et les processus de décision et d'exécution des fonds dont l'objet n'est pas désigné. Les délégués ont souligné qu'il incombe aux États Membres de plaider en faveur de fonds plus substantiels et plus souples afin que l'OMS puisse s'acquitter de son mandat essentiel et mieux répondre aux demandes des pays.

173. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs contributions utiles et l'intérêt qu'ils portent au budget programme. Le Secrétariat a expliqué que les fonds «entièrement et extrêmement souples» sont des contributions volontaires de base qui peuvent servir à la fois à une plus grande harmonisation et à une plus grande efficacité; les fonds «moyennement souples» sont des contributions volontaires de base qui sont souples à divers niveaux: résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, bureau principal ou thème de l'Organisation. On a fait savoir que l'incapacité de mobiliser suffisamment de fonds pourrait se solder par la perte de compétences avérées et par l'incapacité à fournir un appui technique aux pays. Le Secrétariat a informé les délégués qu'il a élaboré des stratégies mondiales et régionales pour la mobilisation de ressources, axées sur le renforcement des capacités internes, notamment au niveau des pays, et sur l'amélioration de la communication concernant les réalisations de l'OMS. Le Secrétariat a demandé aux États Membres de continuer à plaider en faveur de ressources supplémentaires souples pour l'OMS.

174. En clôturant la séance, le Président du Comité régional a exhorté les États Membres à préconiser et à mobiliser des financements supplémentaires pour appuyer la mise en œuvre du budget programme dans la Région africaine.

FINANCEMENT FUTUR DE L'OMS (document AFR/RC60/18)

175. En présentant le document, le Directeur régional a rappelé qu'en janvier 2010, le Directeur général a organisé une consultation informelle sur le financement futur de l'OMS. Cette consultation ne visait pas à aboutir à des décisions, mais était l'amorce d'une conversation stratégique qui allait permettre de recenser les questions essentielles concernant l'action de l'OMS aux niveaux mondial, régional et des pays,

de prendre acte des divergences d'opinion, le cas échéant, et de tracer la voie à suivre pour porter formellement le débat devant les Organes directeurs de l'OMS. Les questions essentielles avaient trait aux thèmes suivants : activités essentielles de l'OMS, santé et développement, partenariats, appui aux pays de l'OMS, collaboration technique, implications pour la gouvernance de l'OMS, fixation des priorités et communication, et implications pour le financement. Il a été convenu qu'un rapport formel sur les questions soulevées lors de la consultation serait présenté par le Secrétariat au Conseil exécutif en janvier 2011 et que le rapport serait inspiré par les points de vue des États Membres au moyen d'une consultation organisée sur le web et des discussions des sessions des Comités régionaux 2010.

176. Le Comité régional a accueilli favorablement l'information de base fournie par le Directeur régional en ce qui concerne le document. Les délégués ont souligné l'importance du document, mais ils ont indiqué qu'ils n'avaient pas eu de temps pour l'examiner. Vu la nécessité d'obtenir les contributions des États Membres, les délégués ont demandé un délai supplémentaire pour examiner le document et produire leurs commentaires au Secrétariat ultérieurement.

177. Le Secrétariat a encouragé les États Membres à envoyer leurs contributions sur le site web ou au Bureau régional de l'OMS, d'ici novembre 2010, de sorte qu'elles puissent être prises en considération au cours de la prochaine réunion du Conseil exécutif de l'OMS, prévue pour janvier 2011.

CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
(document AFR/RC60/19)

178. Le Président du Comité régional a invité les délégués à faire des observations sur le document. La première partie du document définit les modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Soixantième-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et la cent vingt-sixième session du Conseil exécutif. Il s'agit des résolutions suivantes :

- a) Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages (WHA63.1);
- b) Promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments (WHA63.3);
- c) Partenariats (WHA63.10);
- d) Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (WHA63.12);

- e) Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHA63.13);
- f) Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (WHA63.14);
- g) Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (WHA63.15);
- h) Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (WHA63.16);
- i) Malformations congénitales (WHA63.17);
- j) Hépatite virale (WHA63.18);
- k) Stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015 (WHA63.19);
- l) Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé (WHA63.21);
- m) Transplantation d'organes et de tissus humains (WHA63.22);
- n) La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHA63.23);
- o) Progrès accélérés en vue d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant : prévention et traitement de la pneumonie (WHA63.24);
- p) Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets (WHA63.25);
- q) Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes (WHA63.26);
- r) Renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé (WHA63.27).

179. La deuxième partie du document présente l'ordre du jour de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif et l'ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional.

180. La troisième partie du document contient les projets de décisions de procédure visant à faciliter les travaux de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives à la méthode de travail et à la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

181. Le Comité régional a pris note de la méthode de travail et de la durée de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et a pris des décisions de procédure sur les pays désignés pour servir lors de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et lors du Conseil exécutif, et a désigné les représentants du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) de deuxième catégorie au Comité d'orientation et de coordination (PCC); les membres du Conseil de coordination conjoint sur les maladies tropicales (JCB); et un représentant de la Région africaine pour servir à l'Assemblée générale du Partenariat Europe-Pays en Développement sur les Essais cliniques (EDCTP).

182. Le Comité régional a approuvé le document et adopté les décisions de procédure y afférentes.

DATES ET LIEUX DES SOIXANTE ET UNIÈME ET SOIXANTE-DEUXIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC60/20)

183. Le Directeur régional a informé les délégués, qu'à la suite de consultations avec les gouvernements d'Angola et de Côte d'Ivoire, il a été proposé que la soixante et unième session du Comité régional se tiendrait en Côte d'Ivoire et la soixante-deuxième session en Angola.

184. Le Comité régional après avoir écouté et félicité le Directeur Régional pour les pourparlers entrepris entre les deux pays, a approuvé par acclamation ladite proposition.

ADOPTION DU RAPPORT DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC60/21)

185. Le rapport de la soixantième session du Comité régional (document AFR/RC60/21) a été adopté avec des amendements mineurs.

CLÔTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Motion de remerciements

186. La résolution sur la «Motion de remerciements» (AFR/RC60/R6), qui adresse des remerciements au Président, au Gouvernement et au peuple de la République de Guinée équatoriale pour l'accueil de la soixantième session du Comité régional, a été

présentée par le Dr Mphu Ramatlapeng, Ministre de la Santé et du Bien-Être social du Lesotho, au nom des délégués. Elle a été adoptée par le Comité régional.

Allocution du Directeur régional

187. Dans son allocution de clôture, le Directeur régional de l’OMS pour l’Afrique, le Dr Luis Gomes Sambo, a remercié Son Excellence le Président, le Gouvernement et le peuple de la République de Guinée équatoriale pour leur hospitalité et les inestimables efforts déployés pour garantir le succès du Comité régional. Il a également remercié spécialement le Président de la soixantième session du Comité régional, M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre d’État à la Santé et au Bien-Être social de la République de Guinée équatoriale, pour son appui et pour la compétence et l’élégance avec lesquelles il a conduit les travaux du Comité régional.

188. Le Directeur régional a fait observer que le programme de travail et les travaux ont tenu compte du contexte politique, économique et international actuel, ainsi que des aspirations de la Région africaine. Il a rappelé que les principaux points inscrits à l’ordre du jour de la session, en particulier ceux qui sont liés aux déterminants sociaux de la santé, à l’usage nocif de l’alcool et au renforcement des systèmes de santé sur la base de l’approche des soins de santé primaires, visent à améliorer la qualité de vie des populations de la Région africaine. Il a réitéré l’importance de la promotion de la santé et la nécessité d’accorder une attention spéciale à la réduction des comportements et modes de vie à risque, et de trouver des solutions appropriées aux problèmes de santé aux niveaux communautaire et local. Il a lancé un appel pour le renforcement de la collaboration entre tous les secteurs dans la mise en œuvre des stratégies adoptées.

189. Le Dr Sambo a indiqué que l’adoption de la résolution sur la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique revêt une très grande importance et qu’il s’attend à ce qu’un rapport sur la mise en œuvre de cette résolution soit présenté à la prochaine session du Comité régional. Il a fait observer que les connaissances et les technologies permettant de s’attaquer aux problèmes de santé sont disponibles, et a invité instamment les Ministres de la Santé et les autorités sanitaires, à tous les niveaux, à mobiliser les ressources nécessaires, à élargir la couverture, et à faire preuve de plus d’efficacité dans l’utilisation des ressources en vue de réaliser de meilleurs résultats. Il a demandé qu’une plus grande attention soit accordée au suivi et à l’évaluation, afin de mesurer les progrès accomplis et de recenser les déficits à combler pour améliorer l’état de santé des populations.

190. Pour conclure, le Directeur régional a remercié les institutions des Nations Unies pour avoir répondu à son invitation à prendre part au Comité régional, ainsi que pour leur collaboration avec le Gouvernement de la Guinée équatoriale en vue de garantir le succès du Comité régional. Il a également remercié le Secrétariat et tous ceux qui ont contribué, de diverses manières, au succès de la soixantième session du Comité régional, notamment les interprètes, les traducteurs, les chauffeurs et les autres.

Mot de clôture du Président du Comité régional

191. Dans son mot de clôture, le Président de la soixantième session du Comité régional, M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social de la République de Guinée équatoriale, a remercié les délégués pour leur participation active aux travaux du Comité régional. Il est revenu sur le discours prononcé par Son Excellence le Président de la République de Guinée équatoriale au cours de la cérémonie d'ouverture, discours dans lequel le Président a réitéré l'importance du renforcement des systèmes de santé et de la mobilisation des ressources pour atteindre les OMD. Il a déclaré que cela est conforme à l'engagement pris par le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, d'appuyer les États Membres dans leurs efforts pour atteindre les OMD.

192. Le Président a invité les délégués à mettre en œuvre les actions prioritaires prescrites dans les Orientations stratégiques pour l'OMS au cours de la période 2010-2015, publiées par le Directeur régional. Ces Orientations maintiennent l'accent sur le leadership de l'OMS dans la fourniture d'orientations normatives et politiques; l'appui au renforcement des systèmes de santé sur la base de l'approche des soins de santé primaires; la haute priorité à accorder à la santé de la mère et de l'enfant; l'accélération de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose; l'intensification de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; et l'accélération de l'action sur les déterminants de la santé.

193. Le Président a félicité les délégués pour les résultats des travaux, et notamment pour l'adoption de la résolution AFR/RC60/R5 sur la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique, et a invité les États Membres à saisir toute occasion pour plaider et verser des contributions en faveur du Fonds. Il a déclaré que le Fonds témoigne de l'appropriation par les pays et de leur solidarité dans les efforts pour s'attaquer aux problèmes auxquels est confrontée la Région et réduire la dépendance à l'égard des donateurs. Il a insisté sur le fait que la responsabilité de la mise en œuvre des résolutions adoptées incombe essentiellement aux gouvernements des

pays. Il a lancé un appel pour le renforcement de la collaboration transfrontalière, dans la mesure où les problèmes de santé transcendent les frontières.

194. Le Président a félicité le Directeur régional et le Secrétariat pour leur contribution au succès de l'organisation de la soixantième session du Comité régional.

195. Le Président a ensuite déclaré close la soixantième session du Comité régional.

PARTIE III

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRESENTANTS DES ÉTATS
MEMBRES**ALGÉRIE**

M. Mesbah Smail
Directeur de la Prévention
(Chef de délégation)

Mme Cherifa Zerrouki
Directrice de la Planification et du
Développement

ANGOLA

Dr José Vieira Dias Van Dunem
Ministro da Saúde
(Chefe da Delegação)
Luanda

Dr Adelaide de Fátima dos Santos
Fernandes de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública
Luanda

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

Dr Isilda Maria Simões Neves
Chefe Departamento da Saúde Pública
Rua Amilcar Cabral, 126-128
Luanda

Sr Sérgio Neto
Conselheiro da Embaixada de Angola
na Guiné Equatorial
Caracolas
Malabo

BÉNIN

Dr Laurent A. Assogba
Directeur national Santé Publique
(Chef de délégation)
Bénin

Mme Radji Béatrice
Directrice financière

BOTSWANA

Ms Shenaaz El-Halabi
Director, Public Health

Ms Seloï Mogatle
Pharmacist
Drugs Regulatory Unit
Ministry of Health
P/BAG 0038
Gaborone

BURKINA FASO

M. Seydou Bouda
Ministre de la Santé
(Chef de délégation)
Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrébéogo
Secrétaire permanent du Conseil
national de lutte contre le Sida et les
Infections sexuellement transmissibles
03 B.P. 7030
Ouagadougou

Dr Bocar Amadou Kouyaté
Conseiller technique

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé

Dr Pagomdzanga Abdoulaye Nitiéma
Secrétaire technique du Plan national
de Développement sanitaire

Dr Narcisse Mathurin Naré
Chef de Service Enfant/Adolescent
Ministère de la Santé

Dr Amédée Prosper Djiguemdé
Directeur régional de la Santé du
Centre

BURUNDI

Dr Norbert Biriniyanya
Directeur général de la Santé publique
(Chef de délégation)
Bujumbura

Onésime Ndayishimiye
Médecin Directeur du Programme
national intégré de lutte contre les
Maladies tropicales négligées et la
Cécité
Bujumbura

Dr Euphrasie Ndiokubwayo
Responsable technique adjoint du
Projet Tuberculose/GFP/NLT-MSP
Bujumbura

Dr Thaddée Ndikumana
Directeur PNLT-MSP
Bujumbura

Dr Julien Kamyó
Directeur du Programme national
intégré de lutte contre le Paludisme
(PNILP)
Bujumbura

CAMEROUN

M. André Mama Fouda
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

M. Mpouel Bala Lazare
Ambassadeur du Cameroun en Guinée
équatoriale
(Chef de délégation adjoint)

M. Batamack
Représentant du Premier Ministre

Dr Ondobo Andze Gervais
Directeur de la Lutte contre la Maladie

Prof Robinson Mbu Enow
Directeur de la Santé familiale

Dr Sa'a
Directeur de la Promotion de la Santé

M. Maina Djoulde Emmanuel,
Chef de Division de la Coopération

CAP-VERT

Dr Basilio Mosso Ramos
Ministro da Saude
(Chefe da Delegação)

Dr Ildo A. S. Carvalho
Conselheiro técnico

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

M. André Nalke Dorogo
Ministre de la Santé publique, de la
Population et de la Lutte contre le Sida
(Chef de délégation)

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission Responsable du
Suivi du PNDSII, Expert
(Commission A)

Dr Louis Namboua
Directeur général de Santé publique
Expert (Commission B)

Dr Philémon Mbessa
Directeur des Études et de la
Planification
Expert (Commission C)

TCHAD

Dr Toupta Boguena
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

Dr Mahamat Saleh Younous
Conseiller Santé/PR

Dr Matchoke Gong Zoua
Directeur général adjoint des Activités
sanitaires
Njaména

Dr Mahamat Koyalta
Directeur général de l'Hôpital Mère et
Enfant
Njaména

Dr Hamid Djabbar
Responsable du Programme élargi de
Vaccination (PEV)

Dr Ali Mahamat Moussa
Secrétaire exécutif adjoint du Conseil
national de Lutte contre le Sida
Njaména

Kabo Gangroh Nantoïgar
Secrétaire général adjoint du MSP

COMORES

M. Sounhadj Attoumane
Ministre de la Santé
(Chef de délégation)
B.P. 1028
Moroni

Dr Ahamada Msa Mliva
Inspecteur général de la Santé
Moroni Coulée
B.P. 484
Moroni

RÉPUBLIQUE DU CONGO

Prof. Georges Moyen
Ministre de la Santé et de la Population
(Chef de délégation)
Brazzaville

Prof. Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé
Brazzaville

Prof Obengui
Directeur de l'Épidémiologie et de la
Lutte contre la Maladie
Brazzaville

Prof. Léon Hervé Iloki
Chef de Service Gynécologie
Obstétrique au CHU
Brazzaville

Dr Ndinga Edouard
Chef du Programme élargi de
Vaccination
Brazzaville

Dr Yvonne Valérie Yolande Voumbo
Matoumona
Conseillère à la Santé
Ministère de la Santé et de la
Population
Brazzaville

Mme Marthe Moumbolo Ngouambari
Chargée du Protocole
Ministère de la Santé et de la
Population
Brazzaville

M. Donatien Yokamiya
Attaché du Ministre de la Santé et
de la Population
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Aka Aouélé
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique (Chef de délégation)

Prof. Anongba Danho Simplicie
Directeur général de la Santé

Prof. Loukou Guillaume
Conseiller technique

Dr Sandrine Critié Thobouet
Chargée d'Études du Ministre

M. Kakou Ange Félix
Chargé de Mission

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Dr Victor Makweng Kaput
Ministre de la Santé publique
Kinshasa

M. Mwansa Kankela
Secrétaire particulier du Ministre de la
Santé publique
Kinshasa

Professeur Mala Ali Mapatano
Directeur de Cabinet adjoint
Ministère de la Santé
Kinshasa

GUINÉE ÉQUATORIALE

Excmo. Señor Don Francisco-Pascual
Obama Asue
Ministro de Estado Encargado de
Sanidad y Bienestar Social
(Chef de délégation)

Exma. Señora Doña María de la Vida
Asue Ndong
Vice-Ministra de Sanidad y Bienestar
Social

Excmo. Señor Don Práxedes Rabat
Makambo
Secretario de Estado-Encargado de
Salud Pública y Planificación Sanitaria

Exma. Señora María del Carmen
Andeme Ela
Secretaria de Estado-Encargada de
Servicios y Asistencia Hospitalaria

Excmo. Señor Don Acacio Ntutumu
Ela
Secretario de Estado-Encargado de
Infraestructuras y Logística

Exma. Señora Doña Pilar Djombe
Djangani
Consejera Presidencial en Materia de
Asistencia Sanitaria

Excmo. Señor Don Pedro Abaga Esono
Consejero Presidencial en Materia de
Cooperación

Exma. Señora Doña Josefina Medja
Consejera Presidencial en Materia de
Salud Pública y Lucha Contra el
VIH/SIDA

Ilmo. Señor Don Víctor Sima Oyana
Director General de Salud Pública
y Planificación Sanitaria

Ilma. Señora Doña Consuelo Ondo
Efua
Directora General de
Approvisionnement
y Suministros

Ilmo. Señor Don Gregorio Gori
Momolu
Director General de Farmacia y
Medicina
Traditional

Ilmo. Señor Don Miguel Obiang Abeso
Director General de Recursos
Humanos

Ilmo. Señor Don Santiago Micha
Oyono
Director general de Sanidad Exterior

Ilmo. Señor Don Amadeo Nguema
Ondo
Director General de Logística,
Mantenimiento e Infraestructuras
Sanitarias

Ilmo. Señor Don Jose María Sima
Director General de Asistencia y
Coordinación Hospitalaria

Ilmo. Señor Don Jose Ramon Obama
Sima
Director General de gabinete del
Ministro de Estado

Ilmo. Señor Don Graciano-Vicente
Ebale
Director General Multisectorial de
Lucha contra El VIH/SIDA

Ilma. Señora Doña Maria Mangué
Meseme
Inspectora General de los Servicios
Sanitarios

Ilma. Señora Doña Emerenciana
Obiang Esidang
Inspectora General Adjunta de los
Servicios Sanitarios

Ilmo. Señor Don Anacleto Sima Nzue
Director Nacional de Lucha contra la
Onchocercosis

Ilmo. Señor Don Job Obiang
Presidente del Consejo Técnico

Ilmo. Señor Don Eldemiro Castaño
Bizantino
Director Nacional de Lucha contra la
TBC y Lepra

Dra. Gloria Nseng Chama
Directora Nacional del Programa de
Lucha contra el Paludismo

Señor Ambrosio José Monsuy Mikue
Director Nacional del Programa
Ampliado de Vacinacion

Señora Teodora Alene Nfa Nchama
Directora Nacional de Atención
Primaria de Salud (APS)

Dr Marcelo Asumu Abaga
Jefe de Servicio de Epidemiologia

Mr Eugenio Edu Obono
Director Nacional del SIS

Doctora Clara Eyegue Nansie
Programa de TB/Lepra

Doña Gertrudis Nzang
Coordinadora del Programa de Salud
Reproductiva en la Región Insular

Doña Ampario Efiri
Coordinadora Salud Reproductiva en
la Región Continental

Dra Sandra Rodriguez Roa
INSENSO

Doña Petra Nsue Nchama
ASOMETRAGE

Don Manuel Abaga Okiri
ASOMETRAGE-NIEFANG

ÉRYTHRÉE

Mrs Amina Nurhussien Abdulkader
Minister of Health (Head of
delegation)
Asmara

Dr Bereket Sebratu Ogbagabir
Gyn/Oby, Orotta Maternity Hospital
National Referral Hospital Ogbevo

Dr Berhane Debru Beyin
Director, Medical Services, MOH

ÉTHIOPIE

Dr Worku Kebede Admassu
H.E State Minister (Head of
delegation)
Addis Ababa

Dr Amha Kebede H. Michael
Deputy Director General of EHNRI

Mrs Roman Tesfay Mebrahtu
Director General of Policy planning
and Finance General
Directorate/FMOH

Mrs Mihret Hiluf Nigussie
Director of Agrarian Health Promotion
and Disease Prevention Directorate

Dr Filimona Bisrat Semunigus
Director of CCRDA/CGPP
Addis Ababa

GABON

Dr Jean Damascène Khouilla
Directeur général de la Santé
(Chef de délégation)
Libreville

Dr Julienne Packou
Conseiller du Ministre, Chargé des
Questions médicales, pharmaceutiques
et Laboratoires
Libreville

Mme Suzanne Bike
Conseiller du Ministre, Chargé du
Développement social et du Bien-Être
Libreville

GAMBIE*

GHANA

Mr Robert Mettle-Nunoo
Deputy Minister of Health
(Head of delegation)
Accra

H.E William Ntow Boahene
Ambassador Anama Embassy
Equatorial Guinea

Dr Frank Kwadjo Nyonator
Director, Policy Planning Monitoring
and Evaluation
Ghana Health Service

Dr Christian Baeta
Head of Chancery
Ghana Embassy
Malabo
Equatorial Guinea

Dr Sebastian N. Sandaare
District Director, Lawra Health
Directorate GHS – Ghana

* N'a pas pu participer

Dr Mohamed Ahmed
Assistant Director
MOH
Ghana

GUINÉE

Dr Ibrahima Sorry Sow
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique (Chef de délégation)
Ministère de la Santé et de l'Hygiène
publique
B.P. 585
Conakry

Pr Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller Chargé de Mission
B.P. 48480
Conakry

Dr N'Goma Onivogui
Directrice nationale de la Santé
publique
B.P. 585
Conakry

GUINÉE-BISSAU

Dr Augusto Paulo José da Silva
Secretario de Estado da Saúde
(Chefe da Delegação)

Dr Umaro BÁ
Director-Geral da Prevenção e
Promoção da Saúde

KENYA

Hon. James O. Gesami
Hon. Asst. Minister for Public Health
and Sanitation
(Head of delegation)
Nairobi

Dr James K. Mukabi
Head/Department of international
Health Relations
Nairobi

Dr Annah Wanjugu Wamae
Head/Department of Family Health
Ministry of Public Health and
Sanitation
Nairobi

LESOTHO

Dr Mphu Ramatlapeng
Minister of Health & Social Welfare
(Head of delegation)
Maseru

Dr Mpolai Moteetee
Director General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
Maseru

Mr Malefetsane Gerard Masasa
Director of Health Planning &
Statistics
Ministry of Health and social Welfare
Maseru

Moliehi Khabele
Principal Secretary ai
Ministry of Health & Social Welfare
Maseru

LIBÉRIA

Dr Walter T. Gwenigale
Minister of Health and Social Welfare
(Head of delegation)

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL
Moronvia

Dr Ansuma Camara
County Health Officer
Moronvia

MADAGASCAR

Dr Pascal Jacques Rajaonarison
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

MALAWI

Dr Storn Binton Kabuluzi
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health
(Head of delegation)
Lilongwe

Dr Ann Maureen Phoya
Director Swap Secretariat
Ministry of Health
Box 30377
Lilongwe

Mrs Fannie Kachale
Deputy Director Reproductive Health
Ministry of Health
Box 30377
Lilongwe

Dr Grace Mayamiko Chatsika
District Health Officer
Blantyre District Health Office
Private Bag 66 - Blantyre
Lilongwe

MALI

Dr Mountaga Bouaré
Conseiller technique
(Chef de délégation)
Bamako

Ibrahima Sangho
Chargé de Mission
Ministère de la Santé
Bamako

Dr Mamadou Namory Traoré
Directeur national de la Santé
Bamako

MAURITANIE

M. Sidi Aly Ould Sidi Boubacar
Secrétaire général du Ministère
Nouakchott

Dr Abderrahmane Ould Jiddou
Directeur de la Santé de Base
Nouakchott

Dr Niang Saidou Doro
Directeur de la Lutte contre les
Maladies
Nouakchott

MAURICE

Mrs Santibai Hanoomanjee
Minister of Health and Quality of Life
(Head of delegation)

Mr Premhans Jugroo
Permanent Secretary
Ministry of Health and Quality of Life

MOZAMBIQUE

Prof Dr Paulo Ivo Garrido
Minister of Health (Head of
delegation)
Maputo

Dra Célia Maria de Deus Gonçalves
Directora Nacional Adjunta de
Planificação e Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

Dr Dinis Viegas
Director Provincial de Saúde
Niassa

Dra Maria Benigna Pedro Matsinhe
Directora de Saúde da Cidade de
Maputo

NAMIBIE

Dr Richard Nchabi Kamwi
Minister of Health and social services
(Head of delegation)
Windhoek

Mr Peter Kondjeni Ndaitwa
Under Secretary : Policy Development
and Resource Management
Windhoek

Ms Magdaleena Nghatanga
Director, Primary Health Care Services
Windhoek

Dr Naftal Tuyoleni Hamata
Regional Director of Health,
Oshana Region
Windhoek

Ms Jennie Lates
Deputy Director
Pharmaceutical Services
Windhoek

Mrs Rene Adams
Chief Control Social Worker
Windhoek

Mr Asheelo David Thomas
Personal Assistant to the Minister
Windhoek

NIGER

Prof. Nouhou Hassan
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

Dr Hama Issa Moussa
Directeur général de la Santé publique

Dr Asma Gali
Directrice de la Santé de la Mère et de
l'Enfant

Dr Rabi Maïtournam
Directrice des Statistiques, de la
Surveillance et de la Riposte aux
Épidémies

Dr Harouna Amadou
Directeur régional de la Santé publique
de Zinder

NIGÉRIA

Prof C.O. Onyebuchi Chukwu
Minister of Health
(Head of delegation)
Abuja

Dr Mohamed Jibril Adullahi
Director, Primary Health Care
systems development
Abuja

Dr Michael Ejike Anibueze
Director of Public Health
FMOH
Abuja

Dr Inyang Oko
Special Assistant to Honourable
Minister of Health (SA/HMH)
FMOH
Abuja

Dr Taiwo Avbayeru
Assistant Director (Multilateral)
FMOH
Abuja

Mrs Yahaya Cecilia O.
Permanent Mission, Geneva
Geneva

Dr Mahmud Mustafa Zubairu
National Primary Health care
Development Agency
Plot 681/682 Port Harcourt Crescent
PMB 367, Area II Garki
Abuja

Dr John Idoko
Director General National
Agency for Control of AIDS

Dr Folasade Omolara Yemi-Essan
CDO/WAHO Focal Person
Abuja

Maureen Anacke
Federal Radio Corporation of Nigeria

Ruby Rabiou-Leo
Daily Trust Newspaper
Mr Mohamed Salihu
Cameraman

Mr Hashim Yusufu
Director, NAFDAC

RWANDA

Dr Sezibera Richard
Minister of Health
(Head of delegation)
Kigali

Dr Bantura Leonard
Medical Director
Ngarama hospital
Kigali

Dr Ngabo Fidele
Maternal and Child Health
Coordinator
Kigali

Dr Ida Kankindi
Coordinator of Decentralization and
Integration in Rwanda
MOH
Kigali

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr Nelson Daniel Teixeira Bandeira
Médico Ginecologista
Hospital Central de São Tomé

Mr Agostinho Miguel Soares Batista de
Sousa
Seguimento e Avaliação dos
Programas
CNE, Ministério da Saúde

SÉNÉGAL

M. Modou Diagne Fada
Ministre de la Santé et de la Prévention
(Chef de délégation)
Dakar

M. Mady Ba
Médecin, Conseiller technique n°2
Ministère de la Santé et de la
Prévention
Dakar

Mme Mbayang Ndiaye Niang
Professeur, Conseiller technique
Télémédecine
Dakar

Mme Ndeye Codou Lakh
Chef de la Division des Soins de Santé
primaires
Dakar

El Hadj Ousseynou Faye
Médecin-Gynécologue,
Chef du Bureau de la Santé de la
Mère à la Division de la Santé de la
Reproduction
Dakar

Mme Thérèse Toute Diouf Diallo
Journaliste, Attachée de Presse
Dakar

Mme Fatou Diop
Technicienne de l'audio visuel, service
national de l'éducation et de
l'information pour la santé
Dakar

SEYCHELLES

Dr Erna Athanasius
Minister for Health
(Head of delegation)
P.O. Box 52
Victoria

Dr Andre Bernard Valentin
Special Adviser
Ministry of Health
Victoria

SIERRA LEONE

Dr Kisito Sheku Daoh
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Sanitation
(Head of delegation)
4th floor
Youyi Building
Freetown

AFRIQUE DU SUD

Ms N. Matsau
Director general Department of
Health (Head of delegation)
Pretoria

Ms T. Mnisi
Director,
Health Liaison
Department of Health
Pretoria

Dr F. Benson
Manager Cluster Communicable
Diseases
Pretoria

Dr R. E. Mhlanga
Manager Cluster Maternal, Child and
Women's Health
Pretoria

Dr Lindiwe Mvusi
Director, TB Control and Management
National Department of Health
Pretoria

SWAZILAND

Mrs Nkambule Rejoice
Deputy Director of Health Service
(Head of delegation)
Mbabane

Dr Okello Velephi Joana
Official Delegate
Ministry of Health
Mbabane

Dr Mohammed Kamal Abdurrahman
Official Delegate
Mbabane

TOGO

M. Komlan Mally
Ministre de la Santé
(Chef de délégation)

Dr Dogbe Koku Sika
Directeur général de la Santé
Lomé

Dr N'Tapi Tchiguiri Kassouta
Chef Division Santé familiale
Lomé

OUGANDA

Dr Nathan Kenya-Mugisha
Director General Health services
Kampala

Dr Jennifer Wanyana
Assistant Commissioner for Health
Services
Reproductive Health
Ministry of Health
Kampala

Dr Timothy Musila
Senior Health Planner
Kampala

Mr David Nuwamanya
Principal Hospital Administrator

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Dr Gilbert R. Mliga
Director, Human Resources
Development (Head of delegation)
Ministry of Health and Social Welfare
Dar es-Salaam

Ms Regina L. Kikuli
Director, Policy and Planning
Ministry of Health and Social Welfare

Dr Janneth Maridadi Mghamba
Medical Epidemiologist
Ministry of Health and Social Welfare

Dr Mohamed Ally Mohamed
Medical Epidemiologist
Ministry of Health and Social Welfare

ZAMBIE

Hon. Kapembwa Simbao MP
Minister of Health
(Head of delegation)
Lusaka

Dr Victor Munyongwe Mukonka
Director of Public Health and Research
Ministry of Health
Alternate Head of delegation
Lusaka

Dr Penelope Kalesha Masumbu
Child Health Specialist
Ministry of Health
P. O. Box 30205
Lusaka

Dr Muzala Kapina Kanyanga
Epidemiologist
Ministry of Health
Ndeke House, P. O. Box 30205
Lusaka

ZIMBABWE

Dr Henry Madzorera
Minister of Health and Child Welfare
(Head of delegation)
4th floor, Kaguvi Building
Harare

Dr Gerald Gwinji
Brigadier General
Permanent Secretary

Dr Charles Sandy
National Tuberculosis and Leprosy
Programme Manager
Harare

Dr Milton Chemhuru
Provincial Medical Director
Mamcaland Province
Mutare

Mrs Dorcas Shirley Sithole
Deputy Director Mental Health
Services
Ministry of Health and Child Welfare
P.O Box CY1122- Causeway
Harare
Dr Portia Manangazira
Head of Epidemiology and Disease
Control
Ministry of Health and Child Welfare
P.O Box A355-Avondale
Harare

2. REPRÉSENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

M. Leo I. Hieleman
Coordonnateur résident des Nations
Unies et Représentant résident du
PNUD en Guinée équatoriale

Calle Kenya, Esquinq Rey Boncoro
Malabo

Programme des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Dr Oumar Balde
Expert international en SSR

Dr Marcelle Chevallier
Représentante UNFPA Guinée
Représentant du Directeur
régional pour l'Afrique

ONUSIDA

Dr Grunitzky Bekele Meskerem
Directeur régional pour l'Afrique de
l'Ouest et du Centre
(Chef de délégation)
RST BP 5748 Point E
Dakar

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

WCAR

Dr Gianfranco Rotigliano
Regional Director WCAR

Mr Eduardo Rodriguez
Deputy Representative Equatorial
Guinea

**3. REPRESENTANT DES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

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

Dr Alphonse M. Mulumba
Programme Officer, HIV Research and
M-E

**Fédération internationale de
Gynécologie-Obstétrique**

Professor Benjamin Ozumba
Department of Obstetrics and
Gynecology University of Nigeria
Teaching Hospital
Enugu, Nigeria

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

Dr Jean Jacques Moka
Secrétaire exécutif
(Chef de délégation)

Mme Jeanne Françoise Mucomwiza
Conseillère technique du Secrétaire
exécutif

M. Charles Gnongo
Chef de Service des Relations
publiques et Communication

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

M. Jérôme Bro Grebe
Commissaire chargé du Département
du Développement social et culturel

Dr Mahamane Hamidine
Chargé de la Santé

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

Dr Placido Monteiro Cardoso
Directeur général
WAHO/OOAS

Prof P. Tarpowah Kear Jr
Professional Officer for Pharmacy,
WAHO/OOAS

Me Ely Noël Diallo
Legal Adviser,
WAHO/OOAS

Union africaine

Dr Djoudalbaye Benjamin
Fonctionnaire principal de la Santé en
charge du programme VIH/Sida,
Tuberculose, Paludisme et autres
Maladies infectieuses
Addis-Abéba

**Banque africaine de Développement
(BAD)**

Dr Mohamed Mohsen Chakroun
Analyste principal en Santé
B.P. 323-1002 Tunis-Belvédère
Tunis

**Département de la Santé des États
Unis**

Dr Samuel Adeniyi James
Director, Africa Region

Genessa Giorgi
International Health Analyst

UNITAID

Dr Jorge Bermudez
Secrétaire exécutif

Faire Reculer le Paludisme (RBM)

Prof Awa Marie Coll-Seck
Directeur exécutif

Mme Caroline Aminata Ndiaye
Chargée de Gouvernance

IFM

Dr Jean-Claude Javet
Executive Director IFM

Banque mondiale

Dr Donald A. P. Bundy
Program Leader
Coordinator Onchocerciasis
Coordination Unit Africa Region
World Bank , 1818 street, NW,
Washington DC 20433
Washington

FONDS MONDIAL

Dr Akram A. Elton
Director, Partnerships Unit
AIDS, TB and Malaria
Chemide Blandonnet 8
CH 1214-Vernier, Geneva

ALLIANCE GAVI

Dr Helen Evans
Deputy CEO

Dr Mercy Ahun
Director, Programme Delivery
Dr Jean Kaseya
Senior Programme Manager

Dr Santiago Cornejo
Senior Programme Manager

**4. REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS NON
GOUVERNEMENTALES**

ROTARY International

M. Jean Richard Bieleu
Représentant du Rotary International

WHITAKER GROUP

Eliot Pence
1133, 21st St. NW, Suite 405
20036
Washington DC, USA

Dacia Mc Pherson
1133, 21st St. NW, Suite 405
20036
Washington DC, USA

EMP

Dr Samvel Azatyan
Manager of the Medicines Regulatory
Support programme

**COMMUNAUTÉ SANITAIRE DE
L'AFRIQUE ORIENTALE,
CENTRALE ET AUSTRALE
(ECSA-HC)**

Dr Josephine Kibaru-Mbae
Directeur général

**SOCIÉTÉ AFRICAINE DE
GYNÉCOLOGIE ET
D'OBSTÉTRIQUE
(SAGO)**

Prof Aloïs Nguma Monganza
Président de la Société africaine
de Gynécologie et d'Obstétrique
(SAGO)

INVITÉS

Professeur Gérard Gifuzza-Ginday
Expert juridique et en Développement
social
gifuzza_ginday28@yahoo.fr

Mme Martha Ngimbus George
Africa Business Connections
mnabc54@yahoo.fr

Dra Valentina Herrero Vicente
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial
Malabo

Dr Juan Carlos Mendez Achon
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial
Malabo

Professeur P. Mocumbi
Ambassadeur de Bonne Volonté pour
la Santé maternelle, néonatale et
infantile,
Région africaine

Professeur Alpha Oumar Konaré
Ancien Chef d'État du Mali et ancien
Président de la Commission de
l'Union africaine

Dr Alejandro Guerrero Gonzalez
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial

CANADA

M. Pierre Blais
Conseiller,
Mission permanente du Canada à
Genève
pierre.blais@international.gc.ca
Genève

**ORDRE DU JOUR DE LA SOIXANTIÈME 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/RC60/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC60/2)
7. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC60/15)
 - 7.1 Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/3)
 - 7.2 Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/4)
 - 7.3 Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/5)
 - 7.4 Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/6)
 - 7.5 Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/7)
 - 7.6 Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/8)

- 7.7 Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/10)
 - 7.8 Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations (document AFR/RC60/14)
 - 7.9 Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/12)
 - 7.10 Épidémies récurrentes dans la Région africaine : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/9)
 - 7.11 Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/11)
 - 7.12 Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13)
8. Information
- 8.1 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC60/INF.DOC/1)
 - 8.2 Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC60/INF.DOC/2)
9. Rapport du Groupe spécial régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/16)
10. Budget-Programme de l'OMS pour 2012-2013 (document AFR/RC60/17)
11. Le financement futur de l'OMS (document AFR/RC60/18)

12. Discussions en panel

12.1 Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence
(document AFR/RC60/PD/1)

13. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC60/19)

14. Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional (document AFR/RC60/20)

15. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC60/21)

16. Clôture de la soixantième session du Comité régional.

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR: Lundi 30 août 2010

9 h 00 – 11 h 50	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
11 h 50 – 12 h 30	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des désignations
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 14 h 05	Mot d'ouverture	Président de la 59 ^{ème} session du Comité régional
14 h 05 – 14 h 30	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/RC60/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
14 h 30 – 15 h 15	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009 : Présentation du rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC60/2)
		Interventions des Directeurs régionaux de l'UNFPA et de l'ONUSIDA sur les activités de l'Initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA)

15 h 15 – 15 h 45	<i>Pause-café</i>	
15 h 45 – 17 h 00	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC60/2)
17 h 00	Fin des travaux du 1^{er} jour	
18 h 00		<i>Réception offerte par l'Organisation mondiale de la Santé [y compris la cérémonie de remise des prix]</i>

2^{ème} JOUR : Mardi 31 août 2010*

9 h 00 – 9 h 15	Point 5 de l'ordre du jour (suite)	Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
9 h 15 – 9 h 30	Point 7 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC60/15)

Examen du rapport du Sous-Comité du Programme

9 h 30 – 10 h 30	Point 7.1 de l'ordre du jour	Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/3)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 00	Point 7.2 de l'ordre du jour	Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/4)
12 h 00 – 12h 30	Point 7.8 de l'ordre du jour	Situation actuelle de la

		vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations (document AFR/RC60/14)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 14 h 45	Point 7.3 de l'ordre du jour	Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/5)
14 h 45 – 15 h 45	Point 7.4 de l'ordre du jour	Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/6)
15 h 45 – 16 h 15	<i>Pause-café</i>	
16 h 15 – 17 h 15	Point 7.5 de l'ordre du jour	Renforcement des systèmes De santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/7)
17 h 15	Fin des travaux du 2^{ème} jour	
18 h 00	<i>Réception offerte par le Gouvernement de la République de Guinée équatoriale</i>	

*[*Exposition toute la journée à l'occasion de la Journée de la Médecine traditionnelle]*

3^{ème} JOUR : Mercredi 1^{er} septembre 2010

9 h 00 – 10 h 30	Point 7.6 de l'ordre du jour	Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/8)
	Point 7.7 de l'ordre du jour	Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/10)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 00	Point 7.9 de l'ordre du jour	Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/12)
12 h 00 – 12 h 45	Point 7.10 de l'ordre du jour	Épidémies récurrentes dans la Région africaine : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/9)
12 h 45 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	<i>[Séance de travail organisée par l'OCEAC pour les Ministres de la Santé de l'Afrique centrale]</i>
14 h 00 – 15 h 00	Point 7.11 de l'ordre du jour	Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/11)

15 h 00 – 15 h 30	<i>Pause-café</i>	
15 h 30 – 17 h 30	Point 7.12 de l'ordre du jour	Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13)
17 h 30	Fin des travaux du 3^{ème} jour	
4^{ème} JOUR : Jeudi 2 septembre 2010		
9 h 00 – 9 h 30	Point 8 de l'ordre du jour	Information
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC60/INF.DOC/1)
	Point 8.2 de l'ordre du jour	Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC60/INF.DOC/2)
9 h 30 – 10 h 00	Point 9 de l'ordre du jour	Rapport du Groupe spécial régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/16)
10 h 00 – 10 h 30	<i>Pause-café</i>	

10 h 30 – 11 h 30	Point 9 de l'ordre du jour (suite)	Rapport du Groupe spécial Régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/ faux/faussement/ étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/16)
11 h 30 – 12 h 30	Point 10 de l'ordre du jour	Budget-Programme de l'OMS pour 2012-2013 (document AFR/RC60/17)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	<i>Séance spéciale : Le point sur les politiques et modalités nouvelles et révisées de l'Alliance GAVI</i>
14 h 00 – 14 h 30	Point 10 de l'ordre du jour (suite)	Budget-Programme de l'OMS pour 2012-2013 (document AFR/RC60/17)
14 h 30 – 16 h 00	Point 11 de l'ordre du jour	Financement futur de l'OMS (document AFR/RC60/18)
16 h 00 – 16 h 30	<i>Pause-café</i>	
16 h 30 – 17 h 30	Point 13 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/RC60/19)
	Point 14 de l'ordre du jour	Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional (document AFR/RC60/20)
17 h 30	Fin des travaux du 4^{ème} jour	

5^{ème} JOUR : Vendredi 3 septembre 2010

9 h 00 – 9 h 30	Discours d'orientation	Dr Mayaki, Directeur général du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) : «Les OMD 4 et 5 dans le contexte général du développement en Afrique»
9 h 30 – 10 h 00		Interventions de Mme Joy Phumaphi, de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA), et du Dr Rotiliano, de l'UNICEF/WC ARO, sur les OMD 4 et 5
10 h 00 – 10 h 30	<i>Pause-café</i>	
10 h 30 – 12 h 30	Point 12 de l'ordre du jour	Discussions en panel Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (document AFR/RC60/PD/1)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 00	Point 15 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC60/21)
15 h 00 – 16 h 00	Point 16 de l'ordre du jour	Clôture de la soixantième 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 8 au 11 juin 2010.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et à un membre du Conseil exécutif de l'OMS de la Région africaine.
3. Le Directeur régional a noté que la réunion du Sous-Comité de Programme se tient au moment même où le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies prévoit d'organiser plus tard dans l'année une réunion pour faire le bilan des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il a rappelé que le Comité régional a débattu, lors de sa cinquante-neuvième session, des progrès réalisés par ses États Membres et que les pays continuent à recueillir et à analyser des données afin de contribuer à une évaluation réaliste de la situation et à la prise des décisions qui s'imposent pour accélérer les progrès accomplis pour atteindre les OMD.
4. Il a réitéré l'engagement pris par la Région africaine de l'OMS de réaliser les OMD, notamment les objectifs 4 (mortalité infantile), 5 (mortalité maternelle) et 6 (VIH/sida, tuberculose et paludisme). Il a fait savoir qu'il y avait eu des progrès dans la lutte contre la mortalité infantile, le paludisme et le VIH/sida, mais qu'il y avait une stagnation pour ce qui est de la lutte contre la mortalité maternelle et la tuberculose. Il est donc nécessaire d'étudier de nouveaux moyens pour améliorer la situation.
5. Le Directeur régional a reconnu l'adhésion continue de la communauté internationale au renforcement des systèmes de santé et la nécessité d'améliorer la prestation des services de santé de district et l'appropriation et la participation communautaires, conformément à la Déclaration de Ouagadougou. Il a également souligné la nécessité de fournir des ressources supplémentaires et d'œuvrer avec les établissements de santé et les institutions de recherche pour une meilleure préparation et riposte aux épidémies récurrentes et nouvelles dans la Région.
6. Le Dr Sambo a rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme que leur rôle consiste à préparer les délibérations du Comité régional en analysant les

politiques, stratégies et programmes de santé proposés par le Secrétariat. Il ne doute pas, qu'en tant qu'experts choisis par leurs pays, les membres du Sous-Comité du Programme participeront activement aux travaux pour faire en sorte que les rapports techniques et recommandations traitent des problèmes et besoins sanitaires de la Région.

7. Le Directeur régional a indiqué que la réunion examinera, entre autres, des sujets importants tels que les déterminants sociaux de la santé, l'usage nocif de l'alcool, le renforcement des systèmes de santé, la drépanocytose, les épidémies récurrentes, la tuberculose à bacilles résistants et à bacilles ultrarésistants, la crise financière mondiale, la vaccination systématique et l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.

8. Il a rappelé la décision du Comité régional, à sa cinquante-neuvième session, de créer un fonds africain pour les urgences de santé publique. Il a noté que le fonds permettra à la Région de mieux se préparer et d'avoir une meilleure riposte aux épidémies et aux catastrophes et a demandé aux membres du Sous-Comité du Programme de veiller à ce que l'on adopte de bonnes procédures pour le fonds.

9. En guise de conclusion, le Directeur régional a souligné qu'alors que les travaux du SCP se font dans des bureaux, salles de réunion et sur papier, l'objectif ultime est d'améliorer l'état de santé des populations et leur qualité de vie, et de prévenir les décès prématurés. Il a indiqué que le Secrétariat veillera à ce que les travaux du Sous-Comité du Programme se déroulent dans une atmosphère propice.

10. Après la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat du Bureau régional, le bureau a été constitué comme suit:

Président: Dr Frank Nyonator, Ghana
Vice-Président: Prof. Mapatano Mala Ali, République démocratique du Congo
Rapporteurs: Dr Storn Kabuluzi, Malawi (pour l'anglais)
Prof. Mamadou Diouldé Baldé, Guinée (pour le français)
Dr Mouzinho Saide, Mozambique (pour le portugais).

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

12. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance placée en lui et a lancé un appel pour la participation active des membres et la gestion efficace du temps pour mener à bien les travaux de la réunion.

13. L'ordre du jour proposé (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) ont été examinés et ont été adoptés sans amendements. La réunion a ensuite convenu de l'horaire de travail suivant :

08 h 30 – 12 h 00, y compris une pause-café/thé de 30 minutes

12 h 00 – 13 h 30, pause déjeuner

13 h 30 – 18 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes

14. Des informations d'ordre administratif et des consignes de sécurité ont été communiquées aux membres du Sous-Comité du Programme.

AGIR SUR LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC60/PSC/3)

15. Le document note que la santé, outre les processus biologiques, est influencée par les circonstances sociales et économiques dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et par les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui sont communément appelées «déterminants sociaux de la santé», comprennent les revenus et les avoirs, et leur répartition; les soins de la petite enfance; l'éducation; les conditions de travail; la sécurité d'emploi; la sécurité alimentaire; l'égalité entre les sexes; le logement, y compris l'accès à l'eau potable et à l'assainissement; et le système de protection sociale. Ces déterminants sont à leur tour influencés par la gouvernance, et les facteurs sociaux et économiques. Pour les différents groupes sociaux, les inégalités dans l'accès à ces conditions sociales et économiques donnent lieu à des résultats sanitaires inégaux.

16. Le document indique que la Région africaine est à la traîne des autres régions de l'OMS pour ce qui est de l'ensemble des résultats sanitaires. Beaucoup de pays ne sont pas en voie d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La Région est confrontée à d'énormes défis, à savoir la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le VIH/sida, la destruction et la dégradation de l'environnement, et le chômage croissant. Les avancées en matière de survie de l'enfant n'ont pas eu d'incidence sur l'espérance de vie, étant donné que les gains ont été érodés par le VIH/sida. Il existe d'importantes inégalités au sein d'un même pays et entre pays en matière de santé, au regard de divers indicateurs sanitaires comme la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, le retard de croissance, et même en termes d'accès aux services de santé. Les différences entre riches et pauvres sont souvent considérables, et le fossé ne fait que se creuser dans certains pays.

17. Le but de la stratégie est d'aider les États Membres à intégrer les mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé par des politiques et plans intersectoriels permettant d'agir efficacement sur les principaux déterminants de la santé, conformément aux recommandations générales de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Les interventions plus ou moins spécifiques au secteur de la santé sont les suivantes : renforcer le rôle de tutelle et de chef de file du ministère de la santé; renforcer les capacités dans les domaines de l'élaboration des politiques, du leadership et du plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé; faire un plaidoyer pour l'adoption de lois et règlements garantissant à l'ensemble de la population un niveau élevé de protection; veiller à ce que les systèmes de santé se fondent sur des soins de santé universels et de qualité; et rendre plus équitables le financement de la santé et l'allocation des ressources.

18. Les interventions des secteurs autres que la santé ainsi que celles à caractère multisectoriel sont les suivantes: garantir la protection sociale tout au long de la vie; élaborer et/ou promouvoir des politiques axées sur les milieux favorables à la santé et les populations en bonne santé, en s'attaquant notamment au changement climatique et à la dégradation de l'environnement; veiller à l'équité en santé dans toutes les politiques; évaluer et atténuer les effets néfastes du commerce international et de la mondialisation ; renforcer la bonne gouvernance pour promouvoir la santé et l'équité en matière de santé; investir dans le développement du jeune enfant; accorder une place importante à la promotion de la santé ; placer au centre des préoccupations et promouvoir l'égalité entre les sexes; s'attaquer à l'exclusion sociale et à la discrimination; favoriser l'émancipation politique de tous les groupes sociaux, en leur permettant de participer de façon équitable à la prise de décision; protéger et/ou améliorer les déterminants sociaux de la santé dans les situations de conflit; et assurer un suivi systématique, la recherche et la formation.

19. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document. Ils ont félicité le Secrétariat pour la pertinence du document et ont demandé sa mise en œuvre. Ils ont insisté sur la nécessité de mettre en relief l'«appropriation par les pays» et la «participation de tous les acteurs», en tant que principes directeurs. Ils ont souligné la nécessité d'inclure les progrès réalisés par la Région en matière de réduction de la pauvreté dans l'analyse de la situation et d'inscrire la santé mentale parmi les problèmes de santé publique prioritaires.

20. Le Sous-Comité du Programme a fait observer qu'il est nécessaire de promouvoir la coopération entre les ministères de la santé et les institutions de formation et de recherche, afin de documenter la situation et faire le suivi régulier des

déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, la création, au niveau national, d'un groupe spécial sur les déterminants sociaux et économiques de la santé devrait être envisagée à court terme. Le renforcement de la bonne gouvernance, dans le contexte national, a été présenté comme une composante essentielle de la promotion de la collaboration intersectorielle. Le renforcement des capacités nationales dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé, dans le contexte des soins de santé primaires, a également été souligné.

21. Les membres du Sous-Comité du Programme ont proposé que l'intervention en faveur de l'équité en matière d'emploi et de l'emploi décent couvre également la santé et la sécurité des travailleurs. S'agissant de l'intervention en faveur du développement du jeune enfant, les pays devraient être invités à garantir une éducation de qualité dans le primaire et le secondaire.

22. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

23. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et suggestions, et il a souligné l'importance de l'action intersectorielle ainsi que les défis associés à la mise en œuvre, depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires.

24. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/1) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

RÉDUCTION DE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC60/PSC/4)

25. Le document mentionne que si l'alcool constitue une importante source de revenus et que son usage fait partie des pratiques et des normes sociales et culturelles dans de nombreux pays de la Région, on ne peut ignorer les coûts sanitaires et sociaux qui y sont liés. Les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool sont considérables et ont des effets néfastes sur le consommateur et sur la société en général. Dans la Région africaine, la charge de morbidité imputable à l'alcool augmente, et le pourcentage des décès dus à l'usage nocif de l'alcool est passé de 2,1 % en 2000, à 2,2 % en 2002 et à 2,4 % en 2004.

26. D'après le document, aucun autre produit de consommation aussi courante que l'alcool n'est à l'origine d'un nombre aussi élevé de décès prématurés et d'incapacités. L'intoxication et les effets chroniques de la consommation d'alcool peuvent occasionner des problèmes de santé permanents, des troubles neuropsychiatriques et d'autres troubles ayant des conséquences à court et long termes, des problèmes sociaux, des traumatismes ou même la mort. Un nombre croissant de données factuelles montrent qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool et les comportements sexuels à haut risque et les maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH/sida.

27. Le document signale que dans de nombreux pays, outre le faible niveau de sensibilisation du public aux effets nocifs de l'alcool sur la santé, les politiques adéquates sont rares; il n'y a pas de coordination entre les secteurs concernés; il n'existe toujours pas de systèmes de surveillance et de suivi réguliers et systématiques, dotés des ressources nécessaires; et il arrive qu'au sein des systèmes de santé, on ne perçoive pas la gravité des problèmes liés à l'alcool et qu'on ne sache pas les prendre en compte convenablement.

28. La stratégie vise à contribuer à la prévention ou au moins à la réduction de l'usage nocif de l'alcool et des problèmes y afférents dans la Région africaine. Les interventions prioritaires comprennent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de lutte contre l'alcool; le renforcement du leadership, de la coordination et de la mobilisation des partenaires; la sensibilisation du public et l'action communautaire; l'éducation du public fondée sur l'information; l'amélioration de la réponse du secteur de la santé; le renforcement des systèmes d'information stratégique, de surveillance et de recherche; l'application de la législation sur l'alcool au volant et les mesures de lutte; la réglementation de la commercialisation de l'alcool; la réduction de l'accessibilité géographique et financière et de la disponibilité de l'alcool; la lutte contre la production illégale et informelle de boissons alcoolisées, et la mobilisation de ressources accrues ainsi qu'une allocation appropriée de ces ressources.

29. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration de la stratégie, compte tenu de l'ampleur des conséquences sociales et sanitaires de l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Ils ont souligné la nécessité de renforcer la justification du document et ont recommandé d'y inclure les effets de la mondialisation et du libre échange. La nécessité d'une approche intégrée de la toxicomanie a été reconnue. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de certaines interventions prioritaires ont été soulignées. Il a été proposé de

rechercher un consensus sur les approches et mesures à adopter pour la mise en œuvre des interventions. Les membres du Sous-comité du Programme ont recommandé l'insertion de données plus récentes dans le document, la mise en place d'un processus de suivi pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre de la stratégie dans les pays, ainsi qu'une expression plus ferme dans la rédaction des recommandations.

30. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

31. En réponse, le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions. Le Directeur régional a proposé les mesures suivantes comme perspectives : i) élaborer un plan d'action régional pour la mise en œuvre de la stratégie, prenant en compte la Stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool, adoptée par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé; ii) organiser une consultation régionale pour engager ouvertement les représentants de l'industrie de l'alcool et des secteurs du commerce, de l'agriculture et d'autres secteurs pertinents, en vue de limiter les effets de l'alcool sur la santé; iii) améliorer les données et les bases factuelles pour guider la prise de décisions; iv) faire du plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources; et v) investir dans le secteur de la santé pour renforcer les capacités humaines et institutionnelles en vue de l'élimination des problèmes en rapport avec l'usage nocif d'alcool.

32. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/2) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

SOLUTIONS EN MATIÈRE DE CYBERSANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE : CONTEXTE ACTUEL ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/5)

33. D'après le document, la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'appui aux actions de santé et dans des domaines connexes. Il indique que la cybersanté peut contribuer au renforcement des systèmes de santé, notamment par l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation de l'information et des bases factuelles, grâce au renforcement des systèmes d'information sanitaire; le perfectionnement des personnels de santé et l'amélioration de la performance, à la faveur de l'élimination des barrières en termes de distance et de temps, grâce à la télémédecine et à la formation médicale continue; l'amélioration de l'accès à l'information et aux connaissances qui existent aux niveaux

mondial et local; et la promotion de changements positifs dans les modes de vie pour lutter contre les maladies courantes et les prévenir.

34. Parmi les importants défis auxquels sont confrontés les pays figurent la «fracture numérique», c'est-à-dire l'insuffisance des infrastructures et des services TIC, et le manque de compétences et de savoir-faire pour leur utilisation; le coût élevé de la mise en place et de la maintenance d'une bonne infrastructure TIC; les connaissances limitées en matière de cybersanté; l'absence d'un environnement politique favorable; le faible niveau de leadership et de coordination; l'insuffisance des capacités humaines pour planifier et appliquer les solutions qu'offre la cybersanté; le manque d'infrastructures et de services TIC dans le secteur de la santé; l'insuffisance des ressources financières, et les faiblesses des systèmes de suivi et d'évaluation.

35. Les mesures proposées comprennent ce qui suit: promouvoir un engagement politique national et la connaissance de la cybersanté; créer un environnement politique favorable; renforcer le leadership et la coordination; créer des infrastructures et établir des services de cybersanté, y compris l'instauration de connections Internet pour les établissements de santé, la création de sites web pour les ministères de la santé, la mise en place de réseaux locaux, et la fourniture d'équipements de traitement des données; développer les capacités humaines en matière de cybersanté; mobiliser des ressources financières pour la cybersanté; et suivre et évaluer la mise en œuvre des plans et cadres nationaux de cybersanté.

36. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la pertinence du sujet. Bien que les technologies appropriées soient disponibles, ils s'inquiètent du fait que les gouvernements ne soient pas à même de généraliser leur utilisation afin de renforcer les systèmes de santé. Ils ont réitéré qu'il est nécessaire que le secteur de la santé, au plus haut niveau, montre la voie par l'exemple en acquérant les compétences nécessaires et en utilisant les technologies pertinentes, et qu'il contribue au développement des capacités humaines requises. Les pays sont invités à recourir à des approches de cybersanté pour renforcer le perfectionnement professionnel des agents de santé.

37. La nécessité de mener des activités de sensibilisation en matière de cybersanté et d'allouer davantage de ressources a été mise en avant. Les pays doivent prendre position pour résister aux pressions commerciales et adopter des solutions qui correspondent à leurs besoins. Par ailleurs des mesures doivent être prises pour constituer une masse critique d'experts pouvant agir en tant que champions et

groupes de pression pour l'adoption de la cybersanté en vue du renforcement des systèmes nationaux de santé. Les pays ont encouragé à utiliser les liens et synergies entre les programmes de cybersanté et les programmes de gestion des technologies sanitaires. Les questions éthiques relatives à la cybersanté ne doivent pas être oubliées.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

39. Le Secrétariat a clarifié le rôle qui lui incombe en matière de sensibilisation et d'appui aux États Membres en matière d'adoption et de mise en œuvre de politiques et stratégies de cybersanté. Le Directeur régional a noté qu'alors que l'utilisation des TIC pour la santé est un phénomène relativement récent, il est nécessaire que les États Membres tirent profit des technologies courantes. Il a donné à la réunion un aperçu des initiatives relatives aux TIC que le Secrétariat met actuellement en œuvre, à savoir le lancement du système mondial de gestion de l'OMS, la création du Centre des opérations sanitaires stratégiques et l'Observatoire africain de la santé.

40. Le Directeur régional a fait remarquer que tant le Secrétariat de l'OMS que les États Membres doivent s'investir davantage dans le domaine de la cybersanté. Il a rappelé que la résolution WHA 58/28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la cybersanté et la résolution AFR/RC56/R8 du Comité régional sur la gestion des connaissances visent à galvaniser l'action au niveau des pays. L'objet du présent document est de continuer à sensibiliser les États Membres à la question et de les encourager à élaborer des politiques et stratégies qui tiennent compte de leur situation nationale et de leurs besoins spécifiques, et qui soient conformes aux normes internationales. Il a invité l'OMS et les États Membres à investir davantage dans les ressources humaines et les institutions nécessaires à l'adoption de solutions en matière de cybersanté.

41. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/3) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/6)

42. Le document note que le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus courant chez les femmes partout dans le monde. Environ 500 000 nouvelles patientes ont été diagnostiquées en 2002 et près de 90 % d'entre elles dans

les pays en développement. Il est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes dans les milieux à ressources limitées, surtout en Afrique. Le facteur majeur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui est très répandu chez les adolescents de la Région africaine. Plus de 80 % des cancers en Afrique subsaharienne sont vus alors qu'ils sont à un stade avancé, du fait principalement du manque d'information, d'où des taux élevés de mortalité, même après traitement.

43. Le document indique que bien que le cancer du col de l'utérus soit potentiellement évitable et que de bons programmes de dépistage puissent réduire de manière significative la morbidité et la mortalité, les systèmes de santé de la Région africaine ne sont pas convenablement préparés pour traiter cette affection. Peu d'efforts ont été déployés dans les milieux à ressources limitées pour le dépistage des femmes de plus de 30 ans. Par conséquent, les cancers du col de l'utérus ne sont diagnostiqués qu'à un stade avancé de la maladie. En outre, les traitements font presque totalement défaut ou sont trop onéreux ou inaccessibles pour un grand nombre des femmes.

44. Les mesures proposées pour renforcer la prévention et la lutte comprennent ce qui suit : élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes appropriés; renforcer les systèmes de surveillance ; mobiliser et allouer des ressources suffisantes; renforcer les partenariats ; adopter une collaboration intersectorielle; et améliorer la participation de la société civile. En outre, les pays doivent améliorer l'efficacité des services de santé pour le cancer du col de l'utérus en fournissant des services de vaccination contre le VPH; en élaborant des modèles de prestation de services axés sur le patient; en améliorant le dépistage et le diagnostic précoce, y compris le dépistage par examen visuel du col, l'action curative et les soins à tous les niveaux; la mise en place de bons systèmes d'orientation-recours ; l'élaboration d'un plan durable de développement des ressources humaines; et le renforcement de la capacité des établissements de formation des agents de santé à intensifier la formation des prestataires de soins pertinents.

45. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document et constaté que les actions proposées sont pertinentes et couvrent les trois composantes de la prévention, aussi bien primaire, secondaire que tertiaire. Ils ont souligné la nécessité d'intégrer la lutte contre le cancer de l'utérus dans une politique nationale plus vaste qui traite de tous les types de cancers chez les femmes. Ils ont manifesté des préoccupations quant au coût élevé et aux questions éthiques que soulèvent l'introduction et l'extension de la vaccination contre l'infection à VPH dans les pays.

46. S'agissant des actions proposées, il a été suggéré que les pratiques sexuelles à moindre risque, y compris l'utilisation de préservatifs, doivent être incluses parmi les facteurs liés au mode de vie comme moyen de prévention primaire susceptible de réduire également les infections sexuellement transmissibles. Le dépistage par examen visuel étant reconnu comme une mesure de prévention efficace et peu coûteuse, il importe donc d'améliorer les capacités dans ce domaine.

47. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale.

48. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU DU DISTRICT, ET DE L'APPROPRIATION ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES

(document AFR/RC60/PSC/7)

49. Le document rappelle que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, la Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé communautaire, le Rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde, consacré aux soins de santé primaires, et d'autres documents connexes présentent dans leurs grandes lignes les principes et les approches en matière de renforcement des systèmes de santé et mettent l'accent sur le rôle des communautés et des partenaires dans le développement sanitaire. Les communautés sont des groupes sociaux de toute taille, dont les membres résident dans une localité spécifique, exercent ensemble une autorité et ont souvent un héritage culturel et historique commun.

50. La Région africaine a fait des progrès dans la promotion et le renforcement de l'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire. Toutefois, les rapports entre les communautés et le système formel de soins de santé restent encore très faibles. Il y a également les défis liés à l'insuffisance des capacités des équipes de gestion de la santé au niveau du district, à la couverture limitée des interventions sanitaires essentielles, au fait que les services de santé ne sont pas assez globaux, à la coordination insuffisante de la continuité des soins, à l'augmentation insuffisante de la production des agents de santé, à l'inadéquation des mesures visant à encourager le recrutement, la fidélisation, le perfectionnement et le déploiement approprié et équitable des personnels pour compenser les effets de la crise des ressources

humaines pour la santé, à l'institutionnalisation inadéquate de systèmes de prépaiement efficaces, à la gestion inefficace des systèmes d'approvisionnement, et à l'absence d'un environnement propice au niveau communautaire.

51. Les mesures proposées consistent à renforcer le leadership des équipes de gestion de la santé au niveau du district, à mettre en œuvre un paquet complet de services de santé essentiels, à améliorer l'organisation et la gestion de la prestation de services de santé, à institutionnaliser le concept des soins de santé primaires comme mécanisme central de la coordination, à améliorer l'adéquation des ressources humaines pour la santé et à adopter une approche axée sur l'équipe dans l'évaluation des performances, à mettre en place des mécanismes de prépaiement comme l'assurance sociale maladie et le financement des soins de santé par l'impôt, à renforcer les processus d'achat, d'approvisionnement et de distribution, à clarifier les responsabilités des districts dans la réalisation des objectifs nationaux, internationaux et des objectifs du Millénaire pour le développement, et à donner aux communautés les moyens de prendre elles-mêmes les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé.

52. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence et la qualité technique du document. Ils ont exprimé la nécessité d'inclure dans le document la définition du district de santé et de mettre davantage l'accent sur la collaboration intersectorielle et les partenariats. Ils ont également exprimé la nécessité d'un paragraphe séparé sur la décentralisation, accordant une large place au rôle des autorités et structures locales, de la société civile, du secteur privé et d'autres partenaires, en particulier au niveau communautaire.

53. Reconnaisant l'importance des ressources humaines au niveau du district, les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé qu'une plus grande attention soit accordée à la mise en place de dispositions visant à encourager et à fidéliser les personnels de santé, notamment dans les zones rurales. Ils ont demandé à l'OMS de fournir aux pays des normes actualisées concernant les ressources humaines pour la santé et des directives techniques relatives à l'évaluation des progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé au niveau du district.

54. Le Sous-Comité du Programme a demandé au Secrétariat d'envisager d'inclure, dans la section appropriée du document, le renforcement des infrastructures, des systèmes d'information et de la recherche opérationnelle au niveau du district. Ils ont également fait des recommandations spécifiques sur le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans le document.

55. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions pertinentes en vue d'améliorer le document. Il a précisé que le but du document était de faire ressortir deux des neuf domaines prioritaires de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (prestation de services ; participation communautaire), et a indiqué que les priorités restantes seraient examinées à l'occasion de futures sessions du Comité régional. Le Secrétariat a ensuite assuré aux membres du Sous-Comité du Programme que le concept de «district de santé», de même que les normes, les dispositions visant à encourager et à fidéliser les ressources humaines, la décentralisation et les infrastructures physiques seront explicitées dans le document.

56. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

DRÉPANOCYTOSE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC60/PSC/8)

57. Le document indique que la drépanocytose est une maladie héréditaire liée à une anomalie de l'hémoglobine et que c'est la maladie génétique la plus répandue dans la Région africaine de l'OMS. Dans bon nombre de pays, 10 à 40 % de la population est porteuse du gène drépanocytaire et on estime par conséquent à au moins 2 % le taux de prévalence de la drépanocytose dans ces pays.

58. La charge de la drépanocytose dans la Région africaine augmente en fonction de la croissance démographique. Cela a d'importantes implications sur le plan socio-économique et de la santé publique. En dépit de l'intérêt manifesté récemment à un haut niveau pour la drépanocytose, notamment l'engagement avéré de quelques Premières Dames d'Afrique et l'adoption par les Nations Unies d'une résolution reconnaissant la drépanocytose comme un problème de santé publique, les investissements dans la prévention et la prise en charge de la drépanocytose, en recourant à des mesures complètes de prévention primaire et à la prise en charge globale des soins de santé, demeurent insuffisants.

59. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de l'incidence de la drépanocytose, de la morbidité et de la mortalité qu'elle entraîne dans la Région africaine. Les interventions proposées comprennent des activités de plaidoyer efficace en faveur de l'accroissement de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources; la promotion de partenariats; le renforcement des programmes nationaux de lutte contre la drépanocytose; le renforcement des capacités des professionnels de la santé; la mise en œuvre d'activités d'appui en faveur de groupes spéciaux; l'amélioration de

la prévention primaire grâce aux conseils et aux tests génétiques; le renforcement de l'examen et du dépistage précoces; la prise en charge globale des soins de santé pour les drépanocytaires; la fourniture de médicaments à un prix abordable; le renforcement des capacités de diagnostic et de laboratoire; le renforcement de la surveillance de la drépanocytose; et la promotion d'une recherche novatrice.

60. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance et la pertinence de la Stratégie régionale. Ils ont reconnu que la drépanocytose est un problème de santé publique dans certains États Membres. Ils ont fait observer que, même si la drépanocytose est un problème sanitaire de longue date, son ampleur n'est pas très bien connue. La nécessité pour l'OMS d'appuyer les États Membres dans la conduite d'analyses de la situation a été mise en évidence.

61. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné le fait qu'il importe d'accroître la sensibilisation à la prévention et à la lutte contre la drépanocytose, et au rôle du conseil génétique à l'approche du mariage et, du dépistage dans les services de consultations prénatales. Ils ont fait observer que quelques associations nationales ont joué un rôle en accordant un appui pour les drépanocytaires. Ils ont recommandé que les associations participant à la prévention et à la lutte contre la drépanocytose soient coordonnées et bénéficient d'un appui technique et financier pour leur permettre de jouer leur rôle de manière plus efficace dans la prévention et la lutte contre la drépanocytose.

62. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

63. Le Secrétariat a accepté les contributions apportées par le Sous-Comité du Programme. Le Directeur régional a rappelé qu'en ce qui concerne la drépanocytose, il y a eu des délibérations et des résolutions du Conseil exécutif, de l'Assemblée mondiale de la Santé, de l'Union africaine et de l'Assemblée générale des Nations Unies. En fait, en mars 2009, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu la drépanocytose comme un problème de santé publique. Le Directeur régional a recommandé que les précédentes résolutions soient précisées dans le document.

64. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé préparé sur le sujet à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

ÉPIDÉMIES RÉCURRENTES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION, PRÉPARATION ET RIPOSTE

(document AFR/RC60/PSC/9)

65. Le présent document indique que les pays de la Région africaine de l'OMS continuent d'être touchés par des épidémies récurrentes de choléra, de paludisme, de méningite, de rougeole et de maladies zoonotiques, y compris les fièvres hémorragiques virales (FHV), la peste et, tout récemment, la dengue, qui ont un impact significatif sur la santé et le développement socio-économique. En 2009, tous les 46 États Membres de la Région ont notifié au moins une épidémie. En plus, 33 pays ont notifié des cas de grippe pandémique A (H1N1)2009.

66. Le document indique que les défis auxquels sont confrontés les États Membres comprennent l'absence d'évaluation systématique des risques, l'inefficacité des systèmes d'alerte et de riposte précoces, la faiblesse de la coordination et de la collaboration entre les secteurs en charge de la santé humaine et ceux en charge de la santé animale, la coordination interpays insuffisante, l'absence de plans consolidés de préparation et de riposte aux épidémies, l'incapacité d'entretenir, au niveau national, des équipes fonctionnelles de riposte rapide aux épidémies et des stocks de fournitures nécessaires pour la riposte aux épidémies, l'absence de ressources financières suffisantes, la capacité de riposte limitée au niveau local, l'inadéquation de l'accès à de l'eau potable et à un assainissement fiable, la prolongation des saisons sèches ou des pluies, et les déplacements de population associés aux catastrophes naturelles et à celles causées par l'homme.

67. Les mesures proposées consistent à conduire des évaluations des risques, à mettre en place des systèmes d'alerte précoce et/ou à renforcer ceux existant, à adopter l'approche «Un monde, une seule santé» pour prévenir et combattre les maladies zoonotiques, à investir dans la santé environnementale, à intensifier la promotion de la santé, à faire de la recherche, à maintenir des équipes de riposte rapide aux épidémies aux niveaux national, provincial et du district, à mettre en place des comités nationaux multisectoriels fonctionnels de prise en charge des épidémies, à pré-positionner les fournitures et équipements essentiels, notamment les vaccins, les outils de diagnostic et les fournitures pour le traitement, et à renforcer la communication avec les pays voisins.

68. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document et ont reconnu son importance dans le contexte de la Région africaine. L'appui accordé aux pays par l'OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies a été apprécié à sa juste valeur.

69. En échangeant leurs expériences, les membres du Sous-Comité du Programme, ont souligné l'importance des partenariats à chaque stade de la prise en charge d'une épidémie. La nécessité d'une coopération entre les pays dans les domaines de la détection précoce des cas, de la surveillance, notamment les définitions de cas, les capacités de laboratoire, le stockage de produits de base et le partage des fournitures, a été soulignée en tant que moyen permettant de mieux riposter aux épidémies.

70. L'accent a été mis sur les plans nationaux complets de préparation et de riposte aux épidémies, avec des rôles et des responsabilités bien définis pour les acteurs, en testant les plans grâce à des simulations, en formant des équipes de riposte, et en veillant à permettre l'accès à des procédures opérationnelles normalisées bien définies, en tant qu'aspect primordial de la riposte aux flambées.

71. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que la prise de conscience communautaire des épidémies était limitée et ont préconisé un accroissement de la sensibilisation, notamment l'introduction de messages clés dans les programmes des écoles primaires et secondaires. Des préoccupations ont été exprimées devant l'incapacité des pays à allouer des ressources financières suffisantes pour s'attaquer aux épidémies.

72. Le Sous-Comité du Programme a fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

73. Le Secrétariat a pris acte des contributions apportées par le Sous-Comité du Programme et est convenu d'incorporer les amendements proposés. Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés que, conformément à la résolution AFR/RC59/R5 du Comité régional demandant la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique, un document cadre concernant ce fonds a été préparé, pour examen par le Sous-Comité du Programme.

74. Le Secrétariat a fait savoir aux membres du Sous-Comité du Programme que des procédures opérationnelles normalisées pour s'attaquer aux principales maladies à potentiel épidémique ont été préparées et qu'elles seraient rassemblées en vue de leur distribution aux pays de la Région. En outre, pour améliorer l'appui accordé aux

pays pour une riposte en temps réel aux épidémies, des mécanismes tels que le Réseau mondial d'alerte et de riposte aux flambées, le Centre des opérations sanitaires stratégiques et l'Equipe régionale d'intervention rapide virtuelle, ont été mis ou sont en cours de mise en place.

75. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS ET TUBERCULOSE À BACILLES ULTRARÉSISTANTS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION, ENJEUX ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC60/PSC/10)

76. Le présent document indique que la tuberculose (TB) constitue une haute priorité dans la Région africaine de l'OMS et qu'en 2005, le Comité régional a déclaré la tuberculose comme une urgence sanitaire dans la Région. En 2007, la Région a enregistré 22 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde. Les taux de notification des cas ont augmenté de 82/100 000 en 1990 à 158/100 000 en 2007. Selon les estimations, 51 % des tuberculeux testés en 2007 étaient séropositifs, faisant ainsi de l'infection à VIH le facteur de risque le plus important pour l'incidence de la tuberculose dans la Région.

77. Le document indique que la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) est en passe de devenir un problème dans la Région. La TB-MR se définit comme la tuberculose causée par des organismes résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine. La tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) est une TB-MR qui résiste également à toutes les fluoroquinolone et au moins à l'un des quatre antituberculeux injectables de deuxième intention. Entre janvier 2007 et décembre 2009, 22 032 nouveaux cas de TB-MR ont été signalés par 33 pays. On estime que 1501 nouveaux cas de TB-UR ont été notifiés par huit pays au cours de la même période.

78. Les défis auxquels les pays sont confrontés sont notamment les taux d'échec des traitements de la tuberculose; l'absence générale de mesures de lutte contre l'infection dans les communautés et les établissements sanitaires; les politiques, les manuels et les lignes directrices dépassés; l'insuffisance des services de laboratoires de qualité; la faiblesse de la surveillance de la tuberculose résistante; la faiblesse des normes de soins et de lutte contre l'infection; l'insuffisance des médicaments de seconde intention; la longue durée du traitement et d'autres défis liés à la santé comme l'accès limité aux services antituberculeux généraux et l'insuffisance des ressources humaines pour la santé.

79. Les mesures proposées sont notamment les suivantes : prévenir l'apparition de souches de tuberculose résistantes; intensifier la prise en charge programmatique de la tuberculose résistante; mettre en place et maintenir des systèmes nationaux de surveillance de la tuberculose résistante; renforcer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments antituberculeux de seconde intention; élaborer et mettre en œuvre des mesures de lutte antituberculeuse; mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures recommandées; étendre les réseaux régionaux pour le diagnostic de la TB-MR et de la TB-UR; et entreprendre la recherche opérationnelle.

80. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence et la qualité du document technique sur la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine. Ils ont reconnu que la lenteur des progrès dans la lutte contre la tuberculose et l'apparition de la TB-MR et de la TB-UR sont dues à l'échec des systèmes de santé. Par conséquent, ils ont suggéré que les mesures proposées soient inscrites dans le cadre du renforcement du système de santé, et notamment du renforcement des capacités à tous les niveaux. Des membres du Sous-Comité du Programme ont exprimés leurs préoccupations par rapport à l'efficacité de la vaccination au BCG chez les enfants qui est connue être inférieure à 50%.

81. Ils ont souligné la nécessité d'envisager à nouveau la solution du sanatorium pour prévenir les infections croisées et la transmission de la tuberculose. En outre, ils ont demandé des éclaircissements sur l'initiative DOTS dans les pays et des orientations quant à sa mise en œuvre au niveau communautaire. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que les pays sont insuffisamment sensibilisés et informés concernant la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la TB-MR et de la TB-UR, y compris la lutte contre l'infection. Dans ce contexte, ils ont recommandé d'inclure la conception des infrastructures sanitaires dans les mesures de prévention des infections croisées.

82. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques concernant le fond et la forme du document.

83. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs très valeureux commentaires, questions et suggestions. Il a fourni des explications concernant l'efficacité du BCG dans la prévention des formes sévères de la TB chez les enfants; les avantages et les inconvénients des sanatoriums en termes

de coût-efficacité; l'importance de la sensibilisation et des informations; et les enseignements tirés de l'utilisation des DOTS.

84. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX SITUATIONS D'URGENCE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC60/PSC/11)

85. Le document fait remarquer que la Région africaine de l'OMS continue d'être mise à l'épreuve par des crises et des catastrophes naturelles fréquentes qui provoquent des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction de formations sanitaires et la désorganisation des services. Les pertes économiques totales résultant des décès liés aux catastrophes dans la Région en 2007 sont estimées à US \$ 117,2 millions. En 2008, on a enregistré plus de 12 millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays, contre 6 millions environ en 1997. En 2009, dans la Corne de l'Afrique, près de 23 millions de personnes ont eu besoin d'aide alimentaire humanitaire et plus d'un million et demi de personnes dans 26 pays ont été victimes d'inondations.

86. Le document indique que les défis auxquels les pays sont confrontés comprennent l'incapacité de procéder à des évaluations de la vulnérabilité et à la cartographie des risques; le manque de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui portent sur de multiples risques; l'absence d'activités humanitaires et d'urgence dans les plans nationaux de développement sanitaire; l'absence de programmes complets de réduction des risques de catastrophes et de préparation à ceux-ci; l'insuffisance des capacités de mise en œuvre des normes nationales; la faiblesse des mécanismes de coordination; la faiblesse des systèmes d'alerte précoce; l'absence d'une masse critique de personnels formés; la participation communautaire insuffisante; l'allocation de ressources insuffisantes; et l'absence d'un document stratégique actualisé qui incorpore les nouvelles approches et résolutions convenues à l'échelle mondiale.

87. Les mesures proposées consistent à évaluer les dangers, les vulnérabilités, les risques et les capacités au niveau du secteur de la santé; à actualiser les plans nationaux de développement sanitaire afin d'y intégrer le relèvement des systèmes de santé après les catastrophes; à créer au sein des ministères de la santé des services de gestion des interventions sanitaires d'urgence, dotés d'un personnel employé à plein temps; à créer des comités multisectoriels sur les situations d'urgence ou à

renforcer ceux existants; à renforcer le volet santé des systèmes d'alerte précoce pour les catastrophes naturelles et les crises alimentaires; à élaborer et financer des programmes d'enseignement et de formation; à mettre au point des programmes de sensibilisation, de communication en matière de risques, de formation et d'autres programmes pour avoir une «communauté préparée»; à accroître les financements destinés à la prévention des catastrophes, à la préparation aux situations d'urgence; et au relèvement des systèmes de santé après les situations d'urgence, et à élaborer une nouvelle stratégie régionale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, ainsi qu'un cadre pour fournir des orientations aux États Membres.

88. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la pertinence du sujet discuté. Compte tenu de la similarité des points 7.7, 7.9, et 7.11 de l'ordre du jour de la soixantième session du Comité régional, portant respectivement sur les épidémies récurrentes, la préparation et la riposte aux situations d'urgence, et le Fonds africain pour les urgences de santé publique, le Sous-Comité du Programme a proposé que les trois points soient discutés l'un à la suite de l'autre.

89. Les membres du Sous-Comité du Programme ont proposé que les concepts et la terminologie utilisés dans le domaine des urgences/catastrophes soient davantage clarifiés en collaboration avec les parties prenantes concernées. Par ailleurs, la mobilisation des ressources en vue de répondre aux urgences ne devrait pas être liée à la déclaration, par les pays, d'une situation de catastrophe. Il a été souligné que le financement des urgences devrait d'abord être la responsabilité des gouvernements et porter surtout non seulement sur la riposte, mais aussi sur la préparation, et les gouvernements devraient être les premiers à renforcer la résilience nationale et communautaire.

90. Il a été recommandé que les structures actuelles existantes dans les ministères de la santé soient renforcées pour prendre en charge la préparation et la riposte aux urgences naturelles et provoquées par l'homme, ainsi qu'aux épidémies. Compte tenu du coût élevé des exercices de simulation, il faudrait envisager d'autres possibilités moins onéreuses telles que les exercices assistés par ordinateur. En plus des actions que doivent définir les États Membres à titre individuel, des actions inter-pays et régionales doivent également être déterminées. Il conviendrait d'encourager l'échange d'expériences entre pays sur la préparation et la riposte aux urgences, et l'appui technique de l'OMS devrait être accordé en fonction des besoins des pays.

91. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

92. Le Secrétariat a informé les participants qu'à la suite des consultations menées avec les acteurs intervenant dans le domaine des urgences/catastrophes, l'élaboration d'un document sur les définitions opérationnelles des urgences et des catastrophes était en cours. Le Directeur régional a accepté la proposition de changer la séquence des points de l'ordre du jour de la soixantième session du Comité régional pour faciliter les discussions sur les épidémies, les urgences et le Fonds africain pour les urgences de santé publique. Il a informé la réunion que le Fonds couvrirait toutes les urgences de santé publique, y compris les urgences provoquées par l'homme et naturelles.

93. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

CRISE FINANCIÈRE MONDIALE : IMPLICATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE

(document AFR/RC60/PSC/12)

94. Le document indique que dans le contexte de la crise économique mondiale actuelle, selon le Fonds monétaire international, la production mondiale devrait reculer de 1,4 % en 2009, avant d'amorcer progressivement une reprise en 2010 pour atteindre un taux de croissance de 2.5 %. Le taux de croissance moyen réel du produit intérieur brut (PIB) en Afrique est passé de 5% environ en 2008 à 2,8% en 2009. Dans la Région africaine, le PIB a diminué de US \$94,48 milliards entre 2008 et 2009. En 1997-1998 en Asie et en 2001-2002 en Amérique latine, des crises similaires ont entraîné des coupes dans les dépenses de santé, une baisse des taux d'utilisation des services de santé, ainsi qu'une détérioration de la situation de la nutrition et de la santé infantiles et maternelles ainsi que des indicateurs de santé. Il faudrait donc s'attendre à une diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs en matière de santé au sein de la Région africaine.

95. Les principaux défis que les pays doivent relever comprennent la diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs par habitant pour la santé; la réduction des dépenses liées à la maintenance, aux médicaments et autres dépenses de fonctionnement; une forte augmentation de la demande des services de santé du secteur public, à mesure que l'utilisation des services de santé privés diminue; la réduction disproportionnée de la consommation des services de santé et

de l'alimentation chez les pauvres; l'inefficacité dans l'utilisation des ressources affectées au secteur de la santé; le manque d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé; l'absence de bases factuelles concernant les effets des crises économiques antérieures sur la Région africaine.

96. Les mesures proposées comprennent le suivi des effets sur la santé et des réponses politiques; l'intensification du plaidoyer interne et externe; le suivi des dépenses de santé supportées à partir des financements intérieurs et extérieurs; l'établissement d'un nouvel ordre de priorité pour les dépenses publiques, en passant des interventions de santé publique à faibles résultats à celles ayant des résultats élevés; l'amélioration de la gestion des ressources financières; l'amélioration de la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments et articles médicaux; l'amélioration de l'interaction entre agents de santé et patients; l'institutionnalisation du suivi de l'efficacité économique au sein des systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire; le renforcement des filets de sécurité sociale; l'accroissement de la participation du secteur privé; et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé de fonds nouveaux et existants, à partir des sources nationales et internationales.

97. Les membres du Sous-comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour le document et ont fait les propositions suivantes: inclure une mesure sur la recherche opérationnelle; se référer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide; indiquer le rôle des Communautés économiques régionales (CER); inclure une mesure sur la planification et la budgétisation fondées sur des bases factuelles à tous les niveaux, et renforcer les capacités des planificateurs; insister sur une meilleure affectation et une meilleure utilisation des ressources disponibles; préciser les mécanismes pour faire passer l'ensemble de l'aide par l'appui budgétaire général.

98. Les membres du Sous-Comité du Programme ont également noté l'absence de référence à la participation financière des usagers et la nécessité de mettre en oeuvre des mécanismes appropriés d'exonération en faveur des groupes les plus vulnérables; de renforcer les capacités des ministères de la santé pour qu'ils puissent dialoguer avec les ministères des finances en vue de mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national; d'inclure d'autres filets de sécurité sociale au-delà des mécanismes de prépaiement, par exemple des transferts directs en espèces; d'exprimer les ressources extérieures pour la santé en pourcentage des dépenses publiques totales de santé; d'encourager les pays à préparer régulièrement des comptes nationaux sur la santé; d'inclure des discussions sur les effets de l'inflation et de la dévaluation de la monnaie et leur incidence sur le secteur; de se référer à

d'autres outils pour l'amélioration de l'efficacité, à l'instar des comptes de santé de district et des études sur la charge de la maladie; de travailler avec les commissions nationales de planification du développement et/ou d'autres entités similaires pour plaider en faveur de l'inclusion de la santé parmi les priorités du programme de développement.

99. Le Secrétariat a favorablement accueilli les observations et suggestions des membres du Sous-Comité du Programme et est convenu de les inclure dans le document final. De plus, il a informé les membres du Sous-Comité du Programme des mesures prises dès le début de la crise, notamment l'organisation de réunions de sensibilisation et l'envoi de correspondances aux États Membres, à l'Union africaine et aux CER pour plaider en faveur de la nécessité de sauvegarder le budget du secteur de la santé et de suivre les effets de la crise financière mondiale sur le secteur. Le Secrétariat a également souligné la nécessité d'une plus grande efficacité économique au sein des ministères de la santé et des gouvernements, et a insisté sur la mise en œuvre de l'engagement pris par les Chefs d'État de consacrer au moins 15 % du budget public à la santé. Le Secrétariat a estimé qu'il est nécessaire de soumettre le document à la conférence conjointe des Ministres des finances et des Ministres de la santé.

100. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

DOCUMENT-CADRE DU FONDS AFRICAIN POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE (document AFR/RC60/PSC/13)

101. Le document rappelle que, conscient de ce que les États Membres de la Région africaine ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux épidémies et autres urgences de santé publique, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, lors de sa cinquante-neuvième session, la résolution AFR/RC59/R5 intitulée «Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle», qui prie le Directeur régional de faciliter la création d'un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique. Le document présente le cadre de création de ce Fonds.

102. Le document indique que la principale justification pour la création du Fonds est le manque de ressources suffisantes pour faire face aux fréquentes épidémies et urgences de santé publique dans la Région africaine. Il a été proposé que l'appellation du Fonds soit la suivante : «Fonds africain pour les urgences de santé publique

(APHEF)». Le document indique également que le Fond a été créé en tant qu'initiative intergouvernementale régionale visant à mobiliser des ressources supplémentaires pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Le Fond viendra compléter les efforts actuels des gouvernements et des partenaires et renforcera la solidarité entre les États Membres, face aux urgences de santé publique.

103. Le Fonds sera financé aussi bien à partir des contributions minimales convenues que des contributions volontaires des États Membres, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Les contributions annuelles minimales des États Membres ont été fixées en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB) de chaque pays par rapport au PIB total des pays de la Région africaine. Au total, les contributions annuelles proposées au Fond s'élèveront à US \$100 million. Les contributions minimales pour chaque État Membre sont indiquées dans le document. L'OMS sera chargée des décaissements du Fonds et de l'établissement de rapport sur l'utilisation des ressources du Fonds, par le biais de ses mécanismes financiers. La Banque africaine de Développement (BAD) sera l'agent financier du Fonds, et un fonds de roulement ne dépassant pas US \$20 millions sera créé au Bureau régional de l'OMS. La BAD procédera à la reconstitution du fonds de roulement, sur la base de critères et procédures convenus.

104. Le document-cadre propose que les structures fondamentales du Fonds soient les suivantes: un comité consultatif rotatif, un groupe de revue technique et un Secrétariat de l'APHEF. Le comité consultatif rotatif composé du Directeur régional, de trois ministres de la santé et d'un représentant de la BAD, aura pour mandat de donner les conseils nécessaires et de prendre des décisions concernant les orientations stratégiques du Fonds. Le groupe de revue technique comprenant des experts de l'OMS examinera les propositions et les demandes en fonction de critères techniques et soumettra des recommandations de financement à l'approbation du Directeur régional de l'OMS. Le Secrétariat de l'APHEF, qui sera basé au Bureau régional, administrera le Fonds.

105. Pour garantir la responsabilité, le Fonds utilisera les systèmes administratifs internes (mécanismes, règles et procédures) et les systèmes de gestion financière de l'OMS pour la réception et le décaissement, ainsi que pour les comptes rendus, la vérification et les rapports sur l'utilisation des fonds. Tous les ans, un rapport financier et technique certifié sur les opérations du Fonds sera présenté à la réunion du Comité régional.

106. Dans son intervention, le Directeur régional a rappelé que le Comité régional lui avait demandé, entre autres, de préparer des arguments justifiant la création du Fonds, ainsi que ses termes de référence, y compris l'utilisation des systèmes de gestion financière de l'OMS; de proposer aux États Membres la contribution minimale à verser au Fonds; et de créer un comité consultatif rotatif qui conseillerait le Directeur régional sur l'utilisation des fonds. Il a rappelé au Sous-Comité du Programme qu'aux termes de l'article 50 de la Constitution de l'OMS, le Comité régional peut recommander l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements si la part du budget central est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions du Secrétariat. Il a recommandé que le Sous-Comité du Programme soit guidé par ces dispositions et a proposé les contributions minimales à verser au Fonds par les gouvernements des pays.

107. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance de la mise en place du Fonds africain pour les urgences de santé publique et la nécessité de définir des mécanismes pour son décaissement rapide. Des discussions approfondies ont été tenues en ce qui concerne la justification du Fonds, son objectif, sa portée et son financement. Les membres du Sous-Comité du Programme ont mis l'accent sur l'importance des recommandations par la résolution priant le Directeur régional de faciliter la création du Fonds et ont fait remarquer que la résolution était suffisamment claire pour parvenir à un consensus sur le Fonds. Des éclaircissements ont été demandés en ce qui concerne qui pourrait introduire une demande de fonds, les critères d'évaluation des contributions, notamment l'emploi du PIB ou du PIB par habitant ou la classification des pays en pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu. Des éclaircissements ont été également demandés au sujet de l'Annexe 1 intitulée «Maladies à potentiel épidémique et pandémique de portée internationale et autres catastrophes majeures de santé publique».

108. Il a été recommandé que la source initiale de financement soit fournie par les gouvernements des pays et que le plafond du financement soit basé sur les expériences passées relatives aux niveaux de dépenses à l'occasion d'épidémies et de catastrophes. L'accent a été mis sur le fait que la participation de la Banque africaine de Développement renforcerait la gestion et la crédibilité du Fonds. À cet égard, il a été préconisé qu'une seule option soit recommandée aux ministres de la santé.

109. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document, notamment la composition et le mandat du Comité consultatif rotatif. Ils ont demandé au Secrétariat de supprimer l'Annexe 1 et de réviser le document en tenant compte des préoccupations susmentionnées. Ils ont également recommandé l'inclusion du mot «solidarité» dans le

document pour souligner l'appui que les États Membres s'accorderaient mutuellement et y rajouter clairement qu'il est nécessaire que le Secrétariat fasse rapport tous les ans au Comité régional.

110. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional. Il a recommandé une certaine flexibilité concernant la reconstitution annuelle des ressources et les contributions individuelles de certains États Membres qui pourraient éprouver des difficultés à contribuer effectivement au Fonds.

SITUATION ACTUELLE DE LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE ET DE L'ÉRADICATION DE LA POLIO DANS LA RÉGION AFRICAINE : DÉFIS ET RECOMMANDATIONS (document AFR/RC60/PSC/14)

111. Le document note que la vaccination est une intervention de santé publique efficace qui empêche 2 à 3 millions de décès par an chez les enfants et peut substantiellement contribuer à l'atteinte de l'OMD 4. La mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD), y compris d'autres stratégies novatrices telles que l'intensification périodique des activités de vaccination systématique, les journées de la santé de l'enfant et les journées de vaccination Plus, ont contribué à améliorer la couverture. Toutefois, les taux de couverture font ressortir des disparités entre pays. Selon les estimations, 4,2 millions d'enfants dans la Région africaine n'ont pas reçu le vaccin DTC3 en 2009, contre 5,2 millions en 2008. En outre, la réduction spectaculaire du nombre de décès dus à la rougeole a été compromise par la couverture insuffisante de la vaccination systématique au niveau de district dans plusieurs pays, résultant en des flambées de rougeole en 2010.

112. Il a été rappelé qu'en 2004, la transmission autochtone du poliovirus sauvage a été interrompue dans 45 des 46 pays de la Région, le Nigeria restant l'unique pays d'endémie. Toutefois, en 2006, huit États Membres ont été touchés par des flambées de polio, alors qu'en 2009, 18 pays ont connu des importations, à la suite de la propagation du poliovirus sauvage des derniers réservoirs de polio vers les États Membres antérieurement libérés de la polio, du fait de l'insuffisance de la couverture de la vaccination systématique et de l'inadéquation des activités de vaccination supplémentaires (AVS), qui se traduisent par la faiblesse de l'immunité de la population. À la fin d'avril 2010, neuf pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale avaient notifié 40 cas de polio, contre 306 cas dans 12 pays durant la même période en 2009.

113. Les principaux défis que les pays doivent relever concernent l'inadéquation de la politique et de la planification de la vaccination; les faiblesses dans la planification et les stratégies au niveau du district; l'insuffisance du financement; l'inadéquation des infrastructures; l'insuffisance de la participation et de l'appropriation communautaires; la faible couverture des services de vaccination; l'inefficacité des systèmes de suivi et évaluation, avec comme conséquence la production d'une couverture vaccinale administrative inexacte et des prévisions incorrectes pour l'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection; l'insuffisance de la surveillance des maladies évitables par la vaccination; et les limites de la recherche sur la vaccination au sein de la Région.

114. Les recommandations faites dans le document comprennent l'intégration de la vaccination dans la politique nationale de santé; le renforcement des systèmes de santé; l'augmentation du financement de la vaccination; la promotion du partenariat pour la vaccination; l'amélioration de l'accès aux nouveaux vaccins; le renforcement des capacités en termes d'institutions, de ressources humaines et de gestion; la promotion de la prise de conscience, de la participation et de l'appropriation à l'échelle communautaire; le renforcement du suivi et de l'évaluation; le renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination; le renforcement de la recherche sur la vaccination; et l'institutionnalisation d'une semaine africaine de la vaccination, à célébrer chaque année.

115. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Secrétariat pour la pertinence du sujet et la qualité du document. Il a adopté les recommandations faites et exprimé sa satisfaction quant à l'appui que reçoivent les pays de la part de l'OMS afin d'améliorer la situation de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région.

116. Les membres du Sous-comité du Programme ont procédé au partage des expériences individuelles de leurs pays dans la vaccination systématique et l'éradication de la polio. Ils ont fait observer qu'en dépit des progrès réalisés dans l'amélioration de la couverture de la vaccination systématique en 2009, les capacités des pays à mobiliser des fonds pour appuyer les activités de vaccination étaient encore limitées. La nécessité de ressources additionnelles pour déployer le «tout dernier effort» et élargir la couverture vaccinale, en portant de 85 % à 90 % et au-delà, sans doute moyennant une augmentation marginale des coûts, devrait être fortement soulignée. Un intense plaidoyer devrait être entrepris pour amener les États Membres à effectuer les investissements financiers supplémentaires et les autres investissements nécessaires.

117. Le Sous-Comité du Programme a estimé que les pays devraient mettre en œuvre avec prudence la réglementation relative à l'exigence de présentation des carnets de vaccination à l'école afin d'éviter les effets négatifs de la non-scolarisation dans le primaire. Toutefois, l'accent devrait encore être mis sur l'application effective de la stratégie ACD pour améliorer la couverture vaccinale.

118. La question de l'exactitude des dénominateurs a également été abordée, et les membres sont convenus que les pays devraient renforcer leurs systèmes d'enregistrement des données d'état civil pour s'assurer que toutes les naissances sont enregistrées. L'application appropriée de l'approche du dénombrement des habitants au cours des campagnes de vaccination, tout en améliorant les systèmes d'enregistrement des données d'état civil, peut aussi fournir des dénominateurs plus fiables. Pour ce qui est de la recherche, il a été noté que les essais de vaccins devraient faire l'objet d'un examen minutieux pour garantir le respect de toutes les considérations éthiques.

119. Les membres du Sous-Comité du programme ont fait des recommandations précises sur le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

120. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme pour avoir fait sien le document et pour les suggestions constructives faites pour l'améliorer. Le Directeur régional a fait observer que la vaccination est une intervention de santé publique d'un bon rapport coût/efficacité, qui pourrait faire la différence dans la situation sanitaire des enfants. Il a avancé l'idée d'explorer, avec les États Membres, la possibilité de produire localement des vaccins dans la Région africaine, dans la mesure où l'on aurait continuellement besoin de vaccins. Des efforts plus soutenus devraient être déployés pour s'assurer que les pays allouent les ressources requises pour les vaccins et la vaccination.

121. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL : PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE (document AFR/RC60/1)

122. Les membres du Sous-Comité du Programme en échangeant les expériences des pays sont convenus de soumettre l'ordre du jour provisoire amendé de la soixantième session du Comité régional (dont ci-joint copie à l'Annexe ...) à la

soixantième session du Comité régional qui se tiendra du 30 août au 3 septembre 2010 à Malabo, en Guinée Équatoriale.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(document AFR/RC60/PSC/15)

123. 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, qui sera soumis au Comité régional à sa soixantième session en août 2010.

ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL

124. Le Sous-Comité du Programme a décidé que le Président ou le Vice-Président présenterait le rapport de sa réunion au Comité régional.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

125. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur coopération et leur participation active aux travaux, qui ont contribué au succès de la réunion. Il a également remercié le Directeur régional et le Secrétariat pour les documents techniques et la facilitation générale des travaux du Sous-Comité.

126. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, du Lesotho, de Madagascar et du Malawi, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité du Programme et a indiqué qu'ils seront remplacés par l'Afrique du Sud, le Kenya, le Mali, la Mauritanie, le Niger et les Seychelles.

127. Dans son mot de clôture, le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la qualité des délibérations et les excellentes contributions apportées aux documents techniques. Il a également remercié le Secrétariat et les interprètes pour leur contribution au succès de la réunion du Sous-Comité du Programme.

128. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

LISTE DES PARTICIPANTS

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr Mapatano Mala Ali
Directeur adjoint du Cabinet
du Ministre de la Santé

GUINÉE ÉQUATORIALE

Mme Pilar Djombe Djangani
Conseillère Présidentielle en
Matière d'Assistance Sanitaire

ÉRYTHRÉE

Mr Berhane Ghebretinsae
Director General of the Department
of Health Services

ÉTHIOPIE

Mr Woldemariam Hirpa Irkon
Director, Policy and Planning

GABON

Dr Médard Toung Mve
Directeur du Programme national de
lutte contre la Tuberculose

GAMBIE

Mr Alhaji Omar Taal
Deputy Permanent Secretary

GHANA

Dr Frank Kwadjo Nyonator
Director, Policy Planning,
Monitoring and Evaluation Division

GUINÉE

Pr Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller chargé de mission

GUINÉE-BISSAU

Dr Amabélia de Jesus Pereira
Rodrigues
Président de l'Institut national de
Santé publique

LESOTHO

Dr Lugemba Budiaki
Director, Primary Health Care

LIBERIA

Dr Moses Giodo-Yambe Pewu
Assistant Minister for curative Services

MADAGASCAR

Dr Tafangy Philemon Bernard
Directeur général de la Santé

MALAWI

Dr Storn Binton Kabulzi
Director of Preventive Health Services

MAURICE

Dr Anil Deelchand
Acting Director Health Services (PHC)

MOZAMBIQUE

Minister Dr Mouzinho Saide
National Director for Public Health

NAMIBIE

Dr Norbert Paul Forster
Ministry of Health and Social Services
Deputy Permanent Secretary

MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF**SEYCHELLES**

Dr Andre Bernard Valentin
Special Advisor of Health to the

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC60/PSC/1)
4. Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
(document AFR/RC60/PSC/3)
5. Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC60/PSC/4)
6. Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/PSC/5)
7. Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
(document AFR/RC60/PSC/6)
8. Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires
(document AFR/RC60/PSC/7)
9. Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC60/PSC/8)
10. Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/PSC/9)
11. Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives
(document AFR/RC60/PSC/10)
12. Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle
et perspectives (document AFR/RC60/PSC/11)
13. Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/12)

14. Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC/13)
15. Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : défis et recommandations (document AFR/RC60/PSC/14)
16. Examen des projets de résolutions
17. Soixantième session du Comité régional : projet d'ordre du jour provisoire
18. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC60/PSC/15)
19. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
20. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISOIRE

1^{er} JOUR : MARDI 8 JUIN 2010

8h30 - 9 h00	<i>Inscription des participants</i>	
9h00 - 9h 45	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture
9h45 - 10 h00	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h00 – 10h40	<i>(Photo de famille+ pause-café)</i>	
10h40 - 11h00	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC60/PSC/1)
11h00 - 12h30	Point 4 de l'ordre du jour	Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	Point 5 de l'ordre du jour	Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/PSC/4)
15h30 – 16h00	<i>Pause-café</i>	

16h00 -17h30 **Point 6 de l'ordre du jour** Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives
(document AFR/RC60/PSC/5)

17h30 **Fin des travaux du 1^{er} jour**

18h00 *Réception offerte par le Directeur régional*

2ème JOUR: MERCREDI 9 JUIN 2010

8h30 – 10h00 **Point 8 de l'ordre du jour** Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires
(document AFR/RC60/PSC/7)

10h00 – 10h30 *Pause-café*

10h30 - 12h00 **Point 9 de l'ordre du jour** Drépanocytose : Une stratégie pour Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC60/PSC/8)

12h00 – 13h30 *Pause- déjeuner*

13h30 – 15h00 **Point 10 de l'ordre du jour** Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, prépa-ration et riposte
(document AFR/RC60/PSC/9)

15h00 - 15h30 *Pause-café*

15h30 – 17h00	Point 11 de l'ordre du jour	Tuberculose à bacilles multi-résistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/PSC/10)
17h00 – 18h30	Point 12 de l'ordre du jour	Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/PSC/11)
18h30	Fin des travaux du 2^{ème} jour	
3^{ème} JOUR: JEUDI 10 JUIN 2010		
8h00 – 10h30	Point 13 de l'ordre du jour	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC13)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 11h45		Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/12)
11h45 – 12h30		Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Enjeux, défis et mesures proposées (document AFR/RC60/PSC14)
12h30 – 16h00	<i>Pause-déjeuner</i>	

16h00-	Point 14 de l'ordre du jour (suite)	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC13)
	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC60/PSC/6)
	Point 16 de l'ordre du jour	Examen des projets de résolutions
	Point 17 de l'ordre du jour	Soixantième session du Comité Régional : Projet d'ordre du jour provisoire
	Fin des travaux du 3^{ème} jour	

4^{ème} JOUR: VENDREDI 11 JUIN 2010

8h30- 12h00	Point 16 de l'ordre du jour (suite)	Examen des projets de résolutions
	Point 14 de l'ordre du jour (suite)	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC/13)
	Point 18 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme, y compris les projets de résolutions (document AFR/RC60/PSC/15)

Point 19 de l'ordre du jour	Attribution des Responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
Point 20 de l'ordre du jour	Clôture de la réunion

RAPPORT DES DISCUSSIONS EN PANEL SUR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉNATAUX D'URGENCE

CONTEXTE

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 visent à réduire de deux tiers la mortalité infantile et de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. L'OMD 5 est celui au titre duquel l'on a enregistré le moins de progrès. Pour atteindre l'OMD 5, il est nécessaire de porter à 5,5 % le taux annuel moyen de réduction de la mortalité maternelle. En Afrique subsaharienne, ce taux se situait à 0,1 % entre 1990 et 2005. Dans la Région africaine, plus de 270 000 femmes et 1,12 million de nouveau-nés meurent chaque année de causes pourtant évitables au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant la période du post-partum².

Quarante-deux États Membres ont adopté la Feuille de route pour accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique. Toutefois, dans la plupart des pays, la mise en œuvre de la Feuille de route continue de se faire à une cadence très lente. En Afrique subsaharienne, le taux des accouchements assistés par des personnels de santé qualifiés demeure faible, soit 46 %, et 12 % seulement des femmes enceintes ayant besoin de soins obstétricaux d'urgence reçoivent effectivement de tels soins³. Les femmes enceintes sont encore confrontées à des barrières d'ordre géographique, socioculturel et financier qui entravent leur accès à des soins de santé de qualité.

Les discussions en panel ont été un forum qui a permis de déterminer comment assurer l'accès universel à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité, dans le cadre général de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé⁴.

La séance a enregistré la participation des ministres de la santé et des délégués de 46 États Membres et des représentants des organisations partenaires. De très

² Mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008.

³ Organisation mondiale de la Santé, UNFPA, UNICEF et AMDD. Soins obstétricaux d'urgence : Manuel de direction, Genève : OMS ; 2009.

⁴ Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé.

riches discussions se sont tenues, et les participants des États Membres ont apporté de précieuses contributions sur les quelques progrès accomplis dans leurs efforts pour réaliser l'OMD 5 et sur les défis à relever dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

OBJECTIFS

Les objectifs des discussions en panel étaient les suivants :

- a) Partager les expériences des pays dans la mise en œuvre de la Feuille de route et l'amélioration de l'accès aux SONU ;
- b) Recenser les principales barrières entravant l'accès aux SONU ;
- c) Discuter des moyens d'éliminer les barrières entravant l'accès à des SONU dispensés à temps et efficaces ;
- d) Formuler des recommandations pour l'accès universel à des SONU de qualité.

RÉSULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus des discussions en panel étaient les suivants :

- a) Expériences dans les SONU partagées ;
- b) Barrières entravant l'accès aux SONU et moyens de les éliminer recensés ;
- c) Recommandations pour l'accès universel à des SONU de qualité, dans le contexte de la Déclaration de Ouagadougou et de la Déclaration d'Alger, formulées⁵.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

⁵ Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou.

Les discussions en panel se sont déroulées sous la présidence du Ministre de la Santé de l'Angola. Dans sa déclaration liminaire, le Directeur régional de l'OMS, le Dr Luis Gomes Sambo, a insisté sur l'importance du thème des discussions en panel. Mme Joy Phumaphi, ancien Ministre de la Santé du Botswana et Secrétaire exécutif de l'Alliance des Dirigeants africains contre le Paludisme (ALMA), a ensuite fait une intervention. Elle a souligné l'importance de faire de la santé maternelle un enjeu de développement. À son avis, investir dans la santé maternelle, néonatale et infantile, et notamment dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction, est un impératif non seulement pour sauver la vie aux femmes, mais aussi pour promouvoir le bien-être économique et social des femmes, améliorer la vie de leurs enfants et de leurs proches, et réduire la pauvreté endémique.

Après ces propos liminaires, trois exposés ont été présentés sur les thèmes suivants : i) Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso; ii) Expérience du Sri Lanka dans la réduction de la mortalité maternelle; et iii) Contribution des institutions de formation et des associations professionnelles aux SONU.

SYNTHÈSE DES EXPOSÉS

Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso

Compte tenu du taux très élevé de mortalité et afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, le Gouvernement du Burkina Faso a pris l'importante décision de subventionner le coût des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). À cet effet, les mesures préparatoires comprenaient ; i) la formation aux SONU ; ii) la formation à la chirurgie essentielle ; et iii) le renforcement des ressources humaines et techniques, et l'élaboration des documents de référence.

Cette stratégie repose sur le concept fondamental de la fourniture de ressources aux services de santé pour leur permettre de réduire le coût des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, les rendant ainsi financièrement plus accessibles pour les populations. Il s'agit, à ce titre, de fournir à l'avance des ressources pour les cas attendus, ainsi que des services gratuits (à 100 %) pour les plus pauvres. La subvention couvre le coût de la prestation de services, les médicaments et les produits, les examens complémentaires et l'hospitalisation, ainsi que les frais de transport entre le domicile et le centre de santé.

À la suite de ce changement de politique au Burkina Faso, entre 2005 et 2009, les taux des accouchements et césariennes assistés par des personnels de santé qualifiés ont pratiquement doublé à l'échelle nationale. La mise en œuvre de la stratégie en a fait ressortir les forces et les faiblesses. Au nombre des forces figurent : i) la disponibilité de documents techniques de référence ; et ii) l'utilisation des mécanismes de financement existants. Au nombre des faiblesses, l'on pourrait citer: i) le manque de sensibilisation des populations sur la subvention et ses avantages ; ii) la maîtrise insuffisante, par les professionnels de la santé, des modalités de gestion de la subvention ; et iii) les faiblesses en matière de suivi et de contrôle. Afin de s'attaquer aux défis recensés, des mesures sont mises en œuvre pour intensifier les activités de communication, informatiser la gestion financière de la subvention, intensifier le suivi et optimiser la mise en œuvre, par l'utilisation des systèmes locaux de financement de la santé et la conduite de la recherche opérationnelle sur le coût, la qualité des soins et les mécanismes de motivation.

En conclusion, le mécanisme de financement est essentiel pour réduire la charge directe à supporter par les bénéficiaires, réduire les inégalités dans l'accès aux SONU, et veiller à l'amélioration substantielle des indicateurs de couverture.

Contribution des institutions de formation et des associations professionnelles aux SONU

L'exposé sur ce thème a été présenté par le Professeur Nguma Alois, Président de la Société africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO). Il a rappelé que trois quarts des décès maternels sont dus à des complications obstétricales directes : hémorragies, infections, travail prolongé, troubles hypertensifs de la grossesse, et avortement septique. La majorité des décès de nouveau-nés sont imputables à l'hypoxie à la naissance (suffocation pendant la naissance), à l'accouchement prématuré ou à l'insuffisance pondérale à la naissance, aux infections et à l'ictère néonatal. Le Professeur Nguma a insisté sur le fait que les décès maternels dus aux complications liées à la grossesse sont évitables et ne surviennent pas instantanément. La mise en place d'un système permettant de diagnostiquer promptement les problèmes et d'orienter le cas vers une formation sanitaire pour un traitement approprié et en temps voulu pourrait permettre d'éviter la majorité des décès maternels. Dans ce contexte, le rôle des institutions de formation et des associations professionnelles consiste principalement à : i) renforcer les compétences obstétricales ; ii) augmenter le nombre d'accoucheur/(se)s qualifié(e)s en fournissant aux gouvernements un appui pour la formation initiale et la formation en cours d'emploi ; iii) mobiliser et sensibiliser les communautés pour éviter les trois phases

de retardement ; et iv) déléguer des compétences au personnel non médical. L'intervenant a souligné l'importance de la sélection de personnels motivés et dévoués pour la permutation des tâches, ainsi que la nécessité d'une supervision et d'un encadrement réguliers.

Comment le Sri Lanka a réussi à réduire la mortalité maternelle

Cet exposé a été présenté par le Dr Siyambalagoda, Directeur général adjoint de la Santé publique au Ministère de la Santé publique du Sri Lanka.

En 1950, le ratio de mortalité maternelle (RMM) au Sri Lanka était très élevé, atteignant plus de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations. La même année, le produit national brut de ce pays n'était que de US \$270. En dépit de ses ressources limitées, le Sri Lanka a réussi à réduire le RMM pour le ramener en dessous de 100 au milieu des années 70. Aujourd'hui, le Sri Lanka affiche un RMM d'environ 37 pour 100 000 naissances vivantes.

Le succès du Sri Lanka s'explique principalement par la mise en place de politiques très favorables, telles que la gratuité des soins de santé. Depuis l'accession de ce pays à l'indépendance, la santé est considérée comme un secteur prioritaire et un bien public. En outre, l'engagement en faveur de la santé a été maintenu par les gouvernements successifs. Le Sri Lanka a également réussi à créer des formations sanitaires et des services le plus près possible des populations, par exemple en déployant en première ligne, dans le cadre de la promotion de la santé publique, des sages-femmes chargées d'assurer des soins maternels et des soins cliniques à domicile.

Les principales leçons apprises dans les efforts déployés par ce pays pour atteindre les OMD 4 et 5 sont que la santé doit être considérée comme un bien public, que la prestation de services doit être assurée gratuitement, et que les programmes de santé doivent être axés sur des interventions ciblées couvrant les zones géographiques hautement prioritaires.

Les trois exposés ont été suivis des observations du Dr Pascal Mocumbi, Ambassadeur de Bonne Volonté de l'OMS pour la Santé maternelle. Selon le Dr Mocumbi, le moment est venu pour les gouvernements africains de concentrer l'attention sur la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux et néonataux

d'urgence, étant donné que les urgences constituent un risque majeur concourant à la mortalité maternelle et néonatale en Afrique. Il a déclaré que les autres interventions essentielles sont la réorganisation des systèmes de santé, le renforcement des compétences obstétricales et l'augmentation du nombre d'accoucheur/(se)s qualifié(e)s. Il a insisté sur le fait que les perspectives des professionnels de la santé doivent s'étendre au-delà des salles d'opération pour couvrir aussi la recherche et la promotion de la santé, grâce à la mise en place de canaux appropriés pour la communication avec les personnes desservies. Pour conclure, le Dr Mocumbi a lancé un appel pour des actions à quatre niveaux : accorder une haute priorité à la santé maternelle et néonatale dans les programmes des gouvernements et des partenaires ; réviser les politiques, lignes directrices et programmes, et éliminer les barrières entravant la mise en œuvre des stratégies ; allouer et débloquer les ressources ; et tirer parti des ressources des communautés et des partenaires.

PRINCIPAUX POINTS ABORDÉS AU COURS DES DISCUSSIONS

- Les participants ont reconnu qu'en dépit des engagements mondiaux, régionaux et nationaux, la mortalité maternelle dans la Région africaine demeure la plus élevée au monde et constitue une source de préoccupation dans de nombreux pays de la Région.
- Les pays ont élaboré des politiques appropriées, et la plupart de ces pays ont élaboré leurs feuilles de route nationales pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle. Certains pays ont même obtenu des prêts pour combattre la mortalité maternelle. Toutefois, peu de progrès ont été enregistrés dans les efforts déployés pour atteindre l'OMD 5. Aucun des pays africains n'est en bonne voie pour atteindre l'OMD 5. Les participants ont soulevé la question de savoir si ce sont les efforts qu'il faut qui ont été déployés ou si, dans l'affirmative, le problème est plutôt celui des indicateurs.
- Dans bon nombre de pays, les défis liés à l'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité s'expliquent souvent par la combinaison de la faiblesse des systèmes de santé, en général, et du manque de ressources humaines, aussi bien du point de vue de la qualité que de celui de la quantité, en particulier. À titre d'exemple, en Afrique du Sud, une conclusion essentielle des enquêtes confidentielles conduites est que les compétences de base SONU manquent à tous les niveaux. Il est nécessaire de renforcer les compétences SONU des ressources humaines ainsi que leurs compétences en anesthésie, grâce à la formation. En plus de ces défis, les participants ont identifié la

répartition inégale des ressources humaines existantes, l'indisponibilité des fournitures et équipements de base, les faiblesses des systèmes de transport et l'insuffisance de la participation communautaire comme étant les principales contraintes entravant les progrès. Ils ont également indiqué que le succès des programmes de santé maternelle passe nécessairement par la participation communautaire et l'élimination des barrières culturelles et géographiques.

- Les participants se sont en outre félicités de l'importante décision adoptée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme d'intégrer la santé maternelle et infantile (SMI) dans les demandes d'appui à la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Ils en ont appelé par conséquent à l'intégration des interventions SMI, et notamment des SONU, dans tous les mécanismes de financement tels que l'Alliance GAVI, le Fonds mondial, la Fondation Bill et Melinda Gates, etc.. Ils ont par ailleurs souligné la nécessité de plaider en faveur de la reconstitution des ressources de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial, à la lumière de l'élargissement de leurs champs respectifs d'intervention.
- Le succès des programmes de réduction de la mortalité maternelle et néonatale dépend de la prise de décisions techniques appropriées, de la cohérence de l'engagement et de l'appui politiques, ainsi que de l'établissement d'un partenariat authentique entre les communautés, les autorités politiques, les principaux acteurs et les partenaires.
- Les participants ont souligné la nécessité de partager les bonnes pratiques afin de mettre à l'échelle les interventions ayant fait leurs preuves et de tirer des enseignements des erreurs commises.

CONCLUSIONS

Pour conclure les discussions, le Président de la séance a fait ressortir les points suivants :

- La santé maternelle n'est pas l'affaire du seul secteur de la santé. Elle requiert l'adoption d'une approche complète et multisectorielle et la collaboration avec les autres principaux secteurs tels que l'éducation, le transport et la communication.
- Dans ce contexte, les pays doivent concentrer l'attention sur la couverture universelle des interventions efficaces, l'intégration des soins pendant tout le cycle de la vie et la mise en place d'un système de santé intégré et adapté. Le continuum des soins de santé maternelle et infantile peut être garanti par la combinaison de politiques et stratégies clairement définies avec l'amélioration des pratiques de soins à domicile et des services de soins de santé pendant toute la durée de la vie, y compris en tirant parti des programmes et paquets existants.
- Dans la plupart des pays, il est établi que les barrières financières entravent l'accès, en temps voulu, à des soins obstétricaux de qualité. Le caractère imprévisible et rapide de la létalité de nombreuses complications obstétricales, par exemple, constitue un défi majeur pour les familles, aussi bien en termes de planification des coûts potentiels qu'en termes de mobilisation rapide des fonds. De même, les charges formelles et informelles relativement élevées à supporter au titre des interventions obstétricales permettant de sauver des vies, et notamment des interventions chirurgicales, sont des facteurs importants contribuant aux dettes liées à la santé et, partant, à la pauvreté des ménages dans bon nombre de pays. La réduction de ces barrières est un aspect essentiel des efforts visant à garantir l'efficacité des interventions ayant fait leurs preuves.
- Dans certains pays, surtout les pays vastes et les pays touchés par les conflits, l'accès géographique est également un défi majeur pour de nombreuses femmes enceintes.

Un accent particulier a été mis sur les points suivants, soulevés au cours des discussions :

1. Les pays devraient déclarer la guerre à la mortalité maternelle et mobiliser des ressources additionnelles auprès de sources aussi bien internes qu'externes.
2. Les pays devraient concentrer l'attention sur l'élimination de toutes les barrières entravant l'accès, qu'il s'agisse des barrières financières, géographiques ou culturelles, en : i) garantissant la gratuité des services de maternité, y compris des SONU, au point d'utilisation ; ii) instituant des régimes de sécurité sociale et d'autres mécanismes de financement afin d'éliminer les barrières ; iii) fournissant des informations et des services d'éducation et de communication dans le domaine de la santé afin d'amener davantage les communautés à solliciter les soins pour que toutes les femmes aient accès en temps voulu aux services de maternité, la priorité étant accordée aux femmes les plus exposées au risque de complications ; iv) mettant en place des foyers pour les femmes enceintes à terme, si nécessaire (dans les pays au relief montagneux ou les pays vastes dotés de routes et d'infrastructures de transport précaires).
3. Dans bon nombre de pays, l'accès limité à des soins obstétricaux d'urgence de qualité s'explique souvent par la faiblesse des systèmes de santé, en général, et le manque de ressources humaines, aussi bien du point de vue de la qualité que de celui de la quantité, en particulier. Il est donc nécessaire, à court terme, d'élever la qualité des services de maternité existants, tout en améliorant l'accessibilité et la couverture des services d'accouchement de qualité en vue de parvenir à la couverture universelle à long terme. Dans ce contexte, les pays devraient concentrer l'attention sur l'amélioration de la qualité des services de soins de maternité existants, grâce à :
 - a) l'amélioration des aptitudes et compétences des personnels de soins de maternité existants, sur la base de stratégies et incitations innovantes ;
 - b) l'amélioration des capacités de prise en charge, y compris le travail en équipe, les fournitures, les matériels et produits médicaux des maternités existantes ;
 - c) l'amélioration des systèmes de transport et d'orientation/recours du domicile vers la formation sanitaire la plus proche, y compris l'orientation/recours vers les niveaux supérieurs, si nécessaire ;

- d) la garantie de la disponibilité des produits essentiels tels que la transfusion sanguine.
4. Afin de garantir l'accès universel à des services de maternité de qualité, les pays devraient :
- a) améliorer les infrastructures existantes et construire de nouvelles maternités fournissant des soins de routine et d'urgence pour garantir une meilleure santé maternelle et périnatale ;
 - b) élaborer/renforcer les politiques des ressources humaines, y compris le déploiement, la fidélisation et les incitations ;
 - c) entreprendre la formation de nouveaux personnels des maternités et le recyclage des personnels existants ;
 - d) renforcer et améliorer la qualité des institutions de formation et en construire de nouvelles.
5. Afin de guider les responsables politiques et d'améliorer la qualité des soins au niveau des formations sanitaires, il est nécessaire de renforcer les mécanismes d'établissement de rapports et de suivi grâce à l'institutionnalisation des audits des décès maternels et néonataux.

ANNEXE 6

ALLOCUTION DE M. FRANCISCO PASCUAL OBAMA ASUE, MINISTRE D'ÉTAT À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE SOCIAL DE LA GUINÉE ÉQUATORIALE

Madame Margaret Chan, Directeur général de L'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Son Excellence le professeur Alpha Omar Konaré,
Monsieur le représentant de l'Union africaine,
Mesdames et Messieurs les dignitaires de l'Etat et du Gouvernement de la Nation,
Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation participant à cette 60ème session du Comité régional,
Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et représentants des institutions internationales,
Excellentissime et Réverendissime Archevêque du diocèse de Malabo et Annobon,
Madame le Maire de la ville de Malabo,
Monsieur le Gouverneur de la Province de Bioko-Norte,
Mesdames et Messieurs les délégués à cette 60ème session du Comité régional,
Chers invités,
Mesdames et Messieurs,

Avec le sentiment d'orgueil et de satisfaction qu'éprouve celui qui reçoit chez lui des frères, je m'adresse à vous aujourd'hui, à l'occasion de cette réunion des Ministres de la Santé, pour vous souhaiter à tous, Ministres, Chefs de délégations et invités, la plus chaleureuse bienvenue ainsi qu'un très agréable et heureux séjour en Guinée équatoriale, pays légendaire pour son hospitalité africaine et son sens particulier et aigu de la solidarité active avec nos frères et amis. J'attire votre attention sur une réflexion typique en Guinée équatoriale et peut-être dans tout notre continent: "Si tu ne sais pas comment se débrouille l'antilope dans la brousse, il te suffit de voir comment le fait la chèvre au village". Par ceci, je veux vous dire que ce que vous constatez dans cette ville de Malabo qui est en travaux: routes coupées, tranchées ouvertes, travaux d'infrastructure, extension de nouvelles lignes du réseau électrique, etc., et ses habitants, est exactement ce qui se trouve dans toute notre géographie nationale. J'en appelle donc à votre indulgence pour les désagréments et difficultés que vous pourriez rencontrer sur votre chemin - nous sommes en train d'édifier le grand avenir de notre nation.

Mesdames et Messieurs les participants,

Dans le contexte de notre continent et dans le cadre de nos rencontres fréquentes pour résoudre nos problèmes et conduire notre développement à bonne fin, je pense qu'il est nécessaire que nous nous souvenions du sens et de l'action qu'ont imprimé ceux qui ont colonisés nos populations en essayant de nous convaincre, jusqu'à ce jour, que nous ne sommes pas capables d'aller seuls de l'avant ni de résoudre nos problèmes sans eux.

Mais nous, depuis la Guinée équatoriale, pensons que notre continent comprend de mieux en mieux et avec une plus grande certitude que nous-mêmes, fils de l'Afrique, avec nos efforts solidaires et groupés, avec notre conviction que nous seuls pouvons faire le chemin menant au progrès, serons capables d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés pour faire en sorte que notre continent retrouve le respect qui lui est dû en tant que berceau des civilisations et origine de cette humanité diverse et plurielle. Seuls nous-mêmes détenons la clé magique pour surmonter nos difficultés.

Un des principaux enjeux nécessaires à notre développement est la solution des problèmes de santé dont souffrent nos populations, étant donné que c'est un peuple sain qui assure un développement durable et qui est à même d'affronter les grands défis de la recherche de son bien-être. Il est donc nécessaire que nos rencontres explorent toutes les possibilités de solutions solides et durables à ce problème, et que, en une seule et unique option africaine, notre détermination soit sans faille ni crainte, à l'heure d'affronter la tâche difficile de la recherche d'un état de santé non seulement stable mais aussi universel pour l'ensemble de nos populations.

Cet effort doit aplanir les barrières artificielles que sont les frontières coloniales, surmonter les divisions naturelles ethno-culturelles et effacer les antagonismes politiques, parfois imposés par nos anciens colonisateurs, pour se convertir en une action révélatrice, en un cri de rébellion contre l'injustice dont nous avons toujours fait l'objet dans ce domaine, et qui a fait de simples consommateurs de préceptes et de schémas étrangers, à l'heure d'aborder la recherche de solutions à nos grands problèmes.

C'est précisément dans cette Guinée équatoriale neuve, qui a fêté ce mois-ci ses 31 ans, avec ses ressources, et par-dessus tout, la volonté de les utiliser pour le bien de son peuple et de notre continent, que nous avons appris la leçon que nul n'est fort tout seul, que nos problèmes sont ceux de notre continent, et que nos triomphes aussi doivent être ceux de nos frères africains.

Quand, au cours de votre séjour parmi nous, vous parcourrez cette ville et la partie du pays que vous pourrez voir, vous comprendrez pourquoi j'ai parlé de "cette Guinée équatoriale neuve". Vous verrez que tout ce qui s'offre à votre vue est le résultat de l'effort de construction d'une société neuve, entrepris par OBIANG NGUEMA MBASOGO et épaulé par le peuple, vous vous apercevrez que tout résulte de la volonté dont ont fait preuve tous les Équato-guinéens pour faire de notre nation un pays moderne, neuf, et surtout un pays dans lequel chaque citoyen trouve la réalisation de ses rêves et où chacun se sente orgueilleux de dire "nous l'avons fait par nous-mêmes".

Nous avons appris à partager joies et tristesses, à affronter les difficultés, à ne pas baisser les bras devant l'adversité. Nous sommes partis de zéro, de très loin; de quand personne ne s'intéressait à un petit réduit en Afrique centrale qui s'appelait Guinée équatoriale, pauvre et nécessiteux; quand personne ne donnait cher de notre avenir et que l'on avançait les prédictions les plus lugubres quant à notre sort. Malgré cela, et maintenant que grâce à la providence nous disposons de ressources pour réaliser notre propre développement, nous avons assumé pleinement le défi de faire de notre terre un exemple de développement et de progrès. L'éducation, la santé, les transports, les infrastructures, etc., connaissent de manière soutenue et sans trêve un développement impressionnant sur tout le territoire national, dans toutes les provinces, districts et municipalités.

Mesdames et Messieurs,

Nous, en Guinée équatoriale, unique et particulière du fait de son hispanité, dans un contexte africain en majorité francophone, anglophone et lusophone, avons dans une large mesure fait l'effort quotidien d'intégration pour affronter avec fortitude ce qui de prime abord aurait dû être un désavantage; nous avons appris à lutter sans trêve contre l'adversité et à nous fortifier dans notre identité africaine, dans la dimension culturelle originale qui nous rend frères de tous, en marge des succédanés culturels reçus découlant des divisions imposées à notre continent; nous avons tiré les enseignements des erreurs commises le long du chemin parcouru, pour améliorer et mieux mesurer les pas qu'il nous reste à faire; nous avons converti en avantage l'exiguïté de notre territoire et le fait que notre population est peu

nombreuse en suscitant une plus grande cohésion dans le pays, en transformant la diversité ethno-culturelle en un bel hymne à l'unité; nous avons compris que la diversité est une richesse et non un obstacle, que la pluralité ethnique est une ode à la force de l'action partagée et que notre hispanité unique sur le continent africain est une porte énorme qui nous est ouverte pour communier harmonieusement avec les autres cultures, sans frictions stériles.

La leçon principale et la plus frappante que nous ayons apprise en Guinée équatoriale est que ce n'est qu'unis, non seulement en tant que pays mais en tant que réalité unique africaine, que nous pourrions affronter avec des garanties de succès toutes les difficultés, résoudre tous nos problèmes et construire un avenir meilleur et plus sûr pour les générations à venir.

Chers invités,

Je ressens une joie méritée à vous déclarer que le peuple de la Guinée équatoriale et ses autorités légitimes vous accueillent aujourd'hui dans un pays pleinement et décidément acheminé vers sa réalisation complète, un peuple résolument décidé à être le maître de sa propre destinée et fermement engagé à ne céder sa souveraineté à rien qui ne soit sa noble aspiration et lutte pour vivre en paix, construire son pays et faire partie de manière de plus en plus active de ce continent africain qui se réveille et qui est plus que jamais décidé à être UN dans son effort pour se gouverner lui-même et aller vers un progrès conçu, structuré et contrôlé par lui-même.

Voilà le combat que le peuple de la Guinée équatoriale est prêt à mener contre la désinformation et contre ceux qui sournoisement, se cachant derrière des théories, postulats et principes envenimés par leurs appétits malsains, essaient de vendre sur les marchés de l'ignominie une image différente et négative de notre pays.

Nous sommes loin d'avoir résolu tous les problèmes de tous les Équato-guinéens, comme d'ailleurs aucun pays ou régime dans le monde n'a réussi à le faire pour tous ses citoyens, mais nous sommes animés par la ferme détermination de notre Chef d'État, S. E. Obiang Nguema Mbasogo, pour continuer à nous efforcer d'atteindre une grande partie des objectifs principaux que s'est fixé notre pays à l'horizon 2020.

Messieurs les Ministres, honorables délégués, je vous donne rendez-vous. A bientôt donc.

Je vous souhaite le plus grand succès dans vos travaux.

Vive la santé - Vive la coopération internationale !

Merci.

ANNEXE 7

ALLOCUTION DU DR LUIS GOMES SAMBO, DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Son Excellence Monsieur Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, Président de la République de Guinée équatoriale,
Excellence Professeur Alpha Omar Konaré, ancien Président de la République du Mali,
Distingués membres du Gouvernement de Guinée équatoriale,
Excellence Monsieur le Président de la cinquante neuvième session du Comité régional de l'OMS et Ministre de la Santé du Rwanda,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des Etats Membres de la Région africaine de l'OMS,
Madame la Directrice-générale de l'OMS,
Distingués Membres du Corps Diplomatique et Chefs des Missions,
Chers collègues Directeurs, Représentants et fonctionnaires des Agences du Système des Nations Unies,
Distingués Invités,
Membres de la presse,
Mesdames, Messieurs,

C'est un honneur et un agréable devoir de m'adresser à cette auguste assemblée à l'occasion de la 60ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je souhaiterais tout particulièrement exprimer ma profonde gratitude, à vous, Monsieur le Président, pour avoir invité le Comité régional pour l'Afrique en Guinée Equatoriale et autorisé sa tenue dans ce magnifique bâtiment. Je voudrais aussi vous remercier pour l'hospitalité généreusement accordée dans cette pittoresque et agréable ville de Malabo. Excellence Monsieur le Président de la République, nous vous adressons nos vœux les meilleurs pour que vos efforts en vue du développement socio-économique et sanitaire de la Guinée Equatoriale soient couronnés de succès.

Permettez-moi de saisir cette opportunité pour souhaiter chaleureusement la bienvenue au Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé. Je salue la présence des honorables Ministres de la Santé et des Représentants des Etats Membres qui ont bien voulu faire le déplacement de Malabo. Je voudrais aussi, Mesdames et Messieurs, adresser un mot spécial de bienvenue à notre invité d'honneur de cette année, Son Excellence, le Professeur Alpha Omar Konaré, ancien Président du Mali et ancien Président de la Commission de l'Union Africaine. J'aimerais dire ici combien son style de leadership nous a émerveillé et inspiré, et combien nous apprécions sa contribution à la santé et au développement de notre continent.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Avec l'appui des partenaires au développement, les gouvernements des pays africains ont réalisé des progrès dans le domaine de la santé publique.

Toutefois, au rythme actuel, ces progrès sont insuffisants pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2015. La situation sanitaire est aggravée par la pauvreté des populations. L'accès limité à l'eau potable, un assainissement déficient et l'insécurité alimentaire touchant une bonne partie des populations. Dans ces conditions, les politiques de santé en Afrique devraient toujours comporter des objectifs d'équité et de qualité des soins de santé en faveur des populations pauvres et défavorisés.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Le contexte créé par la crise financière internationale risque de nous conduire à une crise des systèmes de santé en Afrique. En effet, la réduction des budgets et des dépenses pour la santé pourrait compromettre les idéaux d'accès universel et de qualité des soins.

Nous disposons des connaissances, nous avons de bonnes politiques et stratégies, la plupart des outils dont on a besoin sont disponibles ; mais, ce qui fera la différence entre l'espoir et la réalité actuelle des millions d'africains, c'est la mise en oeuvre de ces politiques soutenue par la mobilisation judicieuse des ressources internes et externes.

Dans la conjoncture actuelle, Mesdames et Messieurs les Ministres, je vous invite au partage et à la mise à l'échelle des meilleures pratiques de santé publique en Afrique.

A 5 ans de la date buttoir pour la réalisation des Objectives du Millénaire pour le Développement, il y a lieu de mieux faire. Dans cette marche de l'espoir, il nous faudra actualiser les politiques nationales de santé en faisant usage des bases factuelles les plus récentes et mettre l'accent sur

la mise en oeuvre des actions prioritaires clairement identifiées dans les Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS). Ces plans doivent servir de boussole et fédérer l'action de toutes les partis prenantes y compris les partenaires au développement

A ce sujet, je me réjouis de ce que plusieurs Etats Membres de notre régional introduisent déjà des réformes dans de sens. Néanmoins, j'aimerais rappeler le besoin de renforcer la collaboration intersectorielle, d'élargir le dialogue politique avec les autorités locales en vue d'exploiter les synergies et rendre plus performantes les structures de l'Etat et l'action sanitaire des collectivités locales.

Excellences,
Distingués Invités,
Mesdames, Messieurs

De mon humble point de vue, les dépenses de santé ne sont pas simplement des coûts que doivent supporter les Etats mais bien plus un investissement vital dans le développement socio-économique durable d'un pays.

Bien qu'il y ait eu une augmentation générale des dépenses de santé depuis 2001, seuls 5 pays ont atteint la cible d'Abuja de 15 % du budget total de l'Etat pour la santé.

Ce chiffre nous indique l'écart qui nous reste à combler afin d'assurer un financement optimal des services de santé. C'est fort de ce constat, que j'aimerais exhorter les Etats Membres à accroître leurs allocations budgétaires au secteur de la santé ainsi que la mise en place de mécanismes durables visant la protection sociale.

Dans ce même ordre d'idées, permettez moi de vous informer que la Région africaine de l'OMS est confrontée à un déficit budgétaire important qui affecte des programmes prioritaires tels que la lutte contre le VIH:sida, la tuberculose, le paludisme, la santé maternelle et infantile.

Avec les tendances budgétaires actuelles, l'Organisation sera obligée de se séparer d'un bon nombre d'experts, ce qui réduira notre capacité de répondre aux demandes des Etats Membres.

Cependant, pour mieux répondre aux situations de catastrophes et épidémies, j'ai proposé la création d'un Fond Africain pour les Urgences de santé publique en conformité avec les recommandations des Ministres de la Santé.

J'ai, à cet effet, saisi tous les Chefs d'Etats de la Région et l'Union Africaine en vue de la promotion et l'établissement de ce Fond avec le concours de la Banque Africaine de Développement.

Excellences,
Distingués Invités,
Mesdames, Messieurs,

La Région africaine supporte un fardeau disproportionné de décès maternels et infantiles, et nous sommes hélas loin d'atteindre la cible mondiale en matière de réduction des taux de mortalité maternelle. Les tendances actuelles révèlent que seuls 5 pays de notre région sont dans la perspective d'une atteinte de l'OMD 4 relative à la santé de l'enfant. Néanmoins, quelques progrès importants ont été réalisés dans le cadre de la vaccination des enfants.

Qu'il me soit donc permis de saluer les efforts immenses déployés par certains pays dans la mise en oeuvre de stratégies correctrices visant l'éradication de la Poliomyélite. En effet, à la fin du mois de Juillet 2010, le nombre de cas de poliomyélite a diminué de 86% par rapport aux cas enregistrés en 2009.

C'est dans ce contexte que j'aimerais féliciter en particulier les Gouvernement du Nigeria et du Tchad pour les progrès très significatifs réalisés récemment, et je les invite à pérenniser ces succès.

Dans ce même chapitre de la santé de l'enfant, on constate aussi que malgré les progrès remarquables ayant permis de réduire de 92% entre 2000 et 2008 le nombre de décès dûs à la Rougeole, cette maladie refait surface.

Une telle réémergence observée dans 27 pays est imputable à un relâchement de la vaccination aussi bien de routine que supplémentaire ainsi qu'à un déclin du soutien politique et financier des Etats et des partenaires.

J'ai aussi une bonne nouvelle à vous annoncer : l'OMS vient de préqualifier le nouveau vaccin conjugué contre la méningite épidémique à méningocoque A. Ce vaccin est le fruit d'un partenariat public-privé entre l'OMS et l'ONG/Programme for Appropriate Technology in Health (PATH). Ce vaccin aidera à endiguer les épidémies de méningite qui ont longtemps endeuillé des milliers de familles. L'introduction de ce nouveau vaccin sera officiellement lancée au mois de décembre 2010.

Excellences,
Distingués Invités,
Mesdames, Messieurs,

Avec l'appui des partenaires au développement, les pays de la Région africaine ont fait des avancées significatives dans l'intensification de la prévention, du diagnostic et du traitement concernant le paludisme et le VIH/Sida.

Les récentes tendances montrent une stabilisation dans la région voire une régression de la prévalence du VIH dans certains pays. Cependant, nous devons être vigilants et continuer à prioriser la prévention et à allouer les ressources adéquates pour lutter contre ces maladies dont le fardeau reste encore très lourd

L'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré la période 2001-2010 la Décennies "Faire reculer le paludisme". Au cours de cette période, les pays africains ont signalé une baisse du fardeau du paludisme suite à la mise en oeuvre d'un paquet global d'interventions ayant fait leur preuve. Il importe plus que jamais de renforcer les programmes de prévention et de traitement du paludisme, et d'accroître la mobilisation politique et financière si vitale pour des résultats à grande échelle.

Concernant la tuberculose, la propagation régulière de souches résistantes est un signal d'alarme qui requiert une attention urgente et soutenue. La gestion efficace des services de traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS) ainsi que la formation au DOTS du personnel sont cruciales pour inverser les tendances actuelles dans la Région africaine et éviter de nouvelles flambées avec de graves conséquences pour la santé publique. Nous reconnaissons le rôle déterminant du Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme dans les succès enregistrés.

La lutte contre l'Onchocercose connaît des progrès importants et j'aimerais mentionner particulièrement et féliciter le succès de la Guinée Equatoriale relatif à l'élimination du vecteur de l'onchocercose dans l'Ile de Bioko. Cette réussite a libéré les populations de la nuisance et de la maladie et a permis également la reprise des activités agro-économiques par les communautés locales.

Les pays de notre région sont confrontés à la montée en puissance des maladies chroniques. Les facteurs de risque tels que la consommation excessive de boissons alcoolisées, l'abus du tabac, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires sont associés à l'augmentation de certaines de ces maladies tels que le diabète, les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

Permettez moi Mesdames et Messieurs d'évoquer ici, le problème des médicaments et produits contrefaits qui persiste et à tendance à gagner du terrain. La consommation de ces produits contrefaits est souvent à l'origine d'échec thérapeutiques, d'intoxications et de résistance médicamenteuse.

La contrefaçon requiert par conséquent des mécanismes plus vigoureux de vigilance et de réglementation dans notre région.

Excellence M. le Président de la République,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs des Délégations,
Distingués Représentant des Partenaires au Développement,
Mesdames, Messieurs,

Je souhaiterais aussi vous exprimer ma profonde gratitude pour le soutien que vous m'apportez et la confiance que vous placez en moi pour ce deuxième mandat en tant que Directeur régional.

Inspiré par le 11ème Programme Général de Travail de l'OMS et les stratégies de coopération avec les 46 pays : en consultation avec la Directrice générale, je vous ai proposé les nouvelles Orientations Stratégiques couvrant la période 2010-2015, qui mettent l'accent sur les rôles essentiels et la responsabilité de l'OMS selon son mandat : le renforcement des systèmes de santé : la santé des mères et des enfants : la lutte contre la maladie ; et la promotion des déterminants de la santé.

Avant de terminer mon propos, qu'il me soit permis de remercier mes collègues Directeurs régionaux des agences du système des Nations Unies pour avoir répondu à mon invitation et surtout de leur collaboration pour l'harmonisation des programmes de coopération dans le domaine de la santé.

Mes remerciements vont également à l'Union Africaine pour son leadership et surtout pour la récente déclaration des Chefs d'Etats sur la santé maternelle et infantile lors du dernier sommet à Kampala.

Que cette année-bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement soit aussi une opportunité de réflexions et d'initiatives novatrices pour le développement en Afrique.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU PROFESSEUR ALPHA OMAR KONARÉ,
ANCIEN CHEF D'ÉTAT DU MALI ET
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE**

Monsieur le Président de la République,
Madame la Présidente,
Madame la Directrice générale de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Messieurs les Ministres d'Etat,
Madame la Maire,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Vous me permettez, Monsieur le Président de la République, de vous adresser toute notre gratitude du haut de cette tribune, pour tout ce temps d'expression, tout ce que vous nous offrez à nous, citoyens africains, pour faciliter nos divers échanges.

Permettez moi aussi Monsieur le Président, de solliciter votre indulgence pour les propos que j'entends ce matin offrir en partage à cette auguste assemblée à l'aimable invitation de notre frère, le Dr Luis Gomes Sambo. Merci, Monsieur le Directeur régional pour cette marque de considération.

Monsieur le Président de la République,

Vous me permettez de m'adresser directement à Mesdames et Messieurs les Ministres dans la plus pure tradition africaine, n'y voyez surtout pas un jeu de l'esprit. Comment allez-vous ? Je l'espère, bien, pour que vous puissiez porter vos lourdes responsabilités. Et comment vont vos pays ? Comment vont nos pays ? Je pense qu'ils vont mieux, aujourd'hui. Vos diverses consultations, vos divers rapports l'attestent, les bonnes réussites sont mieux connues de vous, mais je dois dire que nous devons apprendre à mieux les partager, à mieux les faire fructifier. Il y en a beaucoup, les réussites dans la lutte contre le Sida en Ouganda, et j'ai cité d'autres pays, le travail bien fait pour le développement des soins de base au Botswana, en Afrique du Sud et ailleurs, les grandes avancées obtenues dans le traitement de la lèpre, la dracunculose, les avancées en matière de vaccination des enfants et aussi

tout l' engagement, aujourd'hui, pour améliorer les soins de santé de la mère et de l'enfant et bien sûr, je n'oublie pas, les progrès accomplis, malgré tout, dans la lutte contre le paludisme et aussi parmi les acquis, l'adoption et la vulgarisation de simples gestes, se laver la main, boire de l'eau potable, installer de bonnes latrines, voilà des choses qui paraissent simples, mais qui nous ont permis de faire des grandes avancées en matière de santé. Mais tous ces succès ne peuvent pas et ne doivent pas occulter l'immense problème de la santé en Afrique du fait que la morbidité est aujourd'hui un des obstacles au développement de notre continent. Les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale qui justifient le fait que le dernier Sommet des Chefs d'Etats ait accordé cette place particulière à la santé maternelle et infantile.

Le Sida malgré les grandes avancées dans la lutte contre cette maladie, 60 % des personnes atteintes se trouvent encore en Afrique. Le Sida, parce que près de 90 % de la population séropositive ignore qu'elle est exposée. Le Sida, à cause du manque de ressources aujourd'hui. Le paludisme, malgré les avancées obtenues avec les moustiquaires, continue à tuer encore près d'un million de personnes sur notre continent et c'est encore sur notre continent, malgré l'engagement récent pris le 26 juillet dernier par les Nations Unies qui ont fait du droit à l'eau, un droit naturel, qu'un habitant sur deux n'a pas d'eau potable. Les risques aussi multiples que nous avons aujourd'hui avec ce que nous appelons les autres maladies, les accidents cardio-vasculaires, le diabète qui se répand, par-ci, par-là encore, les flambées de choléra, de méningite que nous subissons. Tout cela aujourd'hui, nous oblige à la vigilance, de même que l'usage abusif du tabac, de la drogue, je dis bien de la drogue, c'est une question qui doit nous amener aujourd'hui à faire preuve d'une très grande vigilance. Toutes ces questions, ont certes fait l'objet de réflexions et de prises de décisions, surtout depuis une dizaine d'années. Je ne veux pas vous énumérer les multiples décisions que vous avez prises à Abuja contre le Sida, pour faire reculer le paludisme, cette stratégie africaine de la santé que nous avons approuvée pour la période de 2007 à 2016 et que nous devons avoir toujours garder à l'esprit.

Ici à Malabo, dans votre ordre du jour, nous avons fait le constat que des questions récurrentes reviennent parallèlement à des questions nouvelles. On parlera de la drépanocytose, de la cybersanté et de l'implication de la crise financière dans la mobilisation des ressources. Le Directeur régional a signalé la nécessité de créer un Fonds africain pour les urgences et bien sûr, tout cela pour renforcer nos divers systèmes de santé, et vous en parlerez.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Discuter de tout cela est très important, prendre des résolutions c'est très important, adopter des rapports, c'est très important, même si parfois nous avons l'impression que le simple fait d'en avoir parlé, le problème est résolu. Bien sûr, nous réalisons que nous accumulons les décisions, que nous accumulons les rapports mais que la réalité des faits ne change pas. Vous savez autant que moi que c'est cet engagement de changer le quotidien, c'est cet engagement de changer, d'améliorer la situation sanitaire, qui est aujourd'hui le plus important. Bien sûr, dans ce cadre il est important qu'il y ait une harmonisation de l'intervention de tous les partenaires et singulièrement de l'Union Africaine et de l'OMS, l'Union Africaine, jouant son rôle de leadership qui est fondamental, qu'on ne doit jamais lui contester, parce que c'est elle qui en a la légitimité et l'OMS dans son rôle de partenaire technique essentiel, main dans la main avec tous les autres partenaires accompagnant l'organisation. Ceci nous aidera beaucoup à avancer. Il me paraît aussi extrêmement important de bien définir le rôle des diverses structures, on sait ce qui doit être fait au niveau continental, mais au niveau régional, dans les communautés économiques régionales, il est important que les cadres soient bien définis, parce que le plus souvent, la nature juridique des communautés économiques régionales n'est pas bien déterminée, il y a des chevauchements. Vous avez des pays qui se retrouvent au sein de 2, 3 communautés régionales en même temps, comment harmoniser toutes ces structures c'est fondamental. Comment arriver dans ces espaces à créer aussi ce que j'appelle des espaces de santé où la diversité de mouvement sera une réalité. Ceci me paraît fondamental, sinon nous continuerons à tourner encore en rond.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Vous me permettez de noter avec vous un certain nombre de défis. Le défi démographique que nous devons avoir à l'oeil, non pas pour en avoir peur, non bien au contraire. Cette progression démographique peut être une chance pour le continent. Mais nous devons réaliser exactement comment cette croissance se présentera dans les années à venir. En 2009, nous étions 1 milliard, en 2050 nous serons 2 milliards et avec 2 milliards, vous aurez de grands pays, vous aurez au moins 4 pays qui auront plus de 100 millions d'habitants, le Nigeria pourrait avoir plus de 220 millions d'habitants, la RDC, près de 180 millions d'habitants, l'Ethiopie, près de 170 millions d'habitants, l'Ouganda, près de 130 millions d'habitants, l'Egypte, plus de 120 millions d'habitants. Imaginez-vous ce que cela représente comme défis. Je prends 3 pays du Sahel, le Mali, le Burkina, le Niger, ces 3 pays ensemble en 2050, compteront 130 millions d'habitants, c'est à dire, la population de la France et de l'Allemagne réunies, et l'essentiel de cette population vivra dans les

viles, or nous savons que dans les villes 60 % des habitants vivent dans des bidonvilles. Sur cet effectif aussi, vous ferez le constat avec moi, que 45 % auront moins de 15 ans, que 65 % auront 25 ans. Voila un défi auquel nous devons faire face et que nous devons intégrer dès maintenant dans nos divers plans.

Le deuxième défi, c'est le défi du financement, parce qu'il nous faut réaliser beaucoup d'investissements dans les médicaments, dans la formation, dans les infrastructures, créer un fonds, mais il faut vérifier la justesse des décisions déjà prises. A Abuja, il y a presque 10 ans, nous avons décidé que chaque pays consacrerait 15 % de son budget à la santé. Le Directeur régional vient de faire le constat que seulement cinq pays y sont parvenus, pourquoi seulement cinq pays ? Est ce que c'est un manque de volonté ? Je ne crois pas. Est ce simplement des jeux d'écriture ? Non. Mais faisons le constat que ce type de gestion en pourcentage n'a aucune signification. Par exemple, eau 75 %, agriculture 20 %, éducation 10 %, à ce rythme là, quand vous ferez l'addition, qu'est-ce qui va rester ? C'est dans une impasse que nous nous engageons, il vaut mieux, au lieu de se satisfaire d'une décision prise, de se poser la question de savoir exactement ce qu'elle signifie, qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui bloque? Allons nous, nous satisfaire simplement de jeux d'écriture pour dire à la communauté internationale et aux autres, oui, nous avons atteint les 15 % ? Je ne crois pas parce que ce dont on traite est aujourd'hui fondamental pour cela. Je pense aussi que nous ne devons pas accepter dans le cadre de la mobilisation de ressources dont nos pays ont besoin, de mettre en opposition la lutte contre des maladies spécifiques, Sida, tuberculose, paludisme, les mettre en opposition avec les points de base. Nous ne devons pas accepter d'aller dans une seule direction et que bien sûr pour la mise en oeuvre de ce financement, nous devons veiller particulièrement à l'idée de ne pas opposer les populations, ceux qui ont des moyens et la grande majorité qui n'arrive pas à se soigner qui boude les hôpitaux, non pas par ce qu'elle n'en a pas besoin, mais simplement parce qu'elle n'en a pas les moyens. Nous devons veiller aussi à l'équité entre les villes et les campagnes, les villes nous prenant beaucoup de ressources et beaucoup d'attention.

L'autre défi, c'est le défi de la formation. Il est établi aujourd'hui que 70 000 cadres que nous formons chaque année, quittent l'Afrique. C'est un constat. Contenterons-nous simplement d'en faire le constat ? Est ce qu'il s'agit par là d'une question à débattre fondamentalement avec les partenaires non pas en terme de saupoudrage ? Après la fuite des bras, c'est aujourd'hui celle des cerveaux. Je vous interpelle vivement à propos de cette question. Je pense aussi que dans le cadre de la formation, nous savons aujourd'hui quels sont les besoins. Nous avons besoin sur le continent de 600 000 infirmiers environ, de près de 700 000 médecins aujourd'hui.

Comment les trouver ? Comment peut-on mettre nos ressources en commun ? Comment peut-on distribuer les formations pour bien déterminer les centres d'excellence en matière de formation et les centres d'excellence en matière de recherche, étant entendu que tous les pays ne peuvent pas avoir partout des centres d'excellence et que nous devons conjuguer nos moyens, nos moyens humains, nos capacités humaines et nos moyens financiers, faire en sorte que quand un centre a été élu centre d'excellence puisse être ouvert à toutes les compétences africaines sur des bases d'égalité et de justice. C'est une des voies, il me paraît aujourd'hui important de la suivre. Je pense aussi et je le dis en toute modestie, ne fermons pas les yeux sur la réalité de nos écoles, dans beaucoup de pays aujourd'hui et dans les écoles de médecine, les années blanches se succèdent avec des rafistolages pour qu'on ne dise pas que c'est une année blanche, au bout du compte, quelle est la qualité du produit ? Combien de promotions sont ainsi sorties avec des diplômes ? Allons nous fermer les yeux ou qu'est ce qu'on peut faire pour essayer de rattraper, qu'est ce qu'on peut faire pour essayer de corriger pour être sûr que les produits formés seront à la hauteur de vos attentes.

Je pense aussi qu'il y a d'autres réalités dans la formation. Il y a la formation technique, on s'est efforcé au cours des formations de faire en sorte que les médecins et les infirmiers aient la culture de leur métier, ceci est fondamental, au delà, comment dirais-je, de la formation technique, la culture du métier est fondamentale pour que ceux qui sont formés aient une certaine éthique et aient aussi la connaissance de nouvelles matières, parce que les médecins ont besoin de connaître la cartographie, de connaître l'anthropologie, de connaître même l'histoire parce qu'il s'agit de bien connaître l'être humain pour être capable de le soigner. Voilà des interrogations que nous ne pourrions pas balayer d'un revers de manche parce qu'il s'agit de l'homme, de connaître l'homme, de connaître son environnement, de connaître son histoire, sinon on ne peut pas lui octroyer le traitement idéal.

Parlant de formation, je voudrais vous interroger, Mesdames et Messieurs les Ministres, les médecins qui sont ici, est ce qu'il ne faut pas s'interroger aujourd'hui sur le sens du serment d'Hippocrate ? Qu'est-ce que le serment d'Hippocrate ? Posons-nous cette question. Pour bien des gens qui sont aujourd'hui dans les hôpitaux, quel est le sens du serment d'Hippocrate ? Ne trouvons pas que cela soit banal, que c'est quelconque, peut être qu'il faut s'interroger. Le serment d'Hippocrate qu'est ce que cela signifie pour nos jeunes médecins ? Qu'est-ce que cela signifie dans nos hôpitaux aujourd'hui, qu'est ce que cela signifie dans nos instituts de formation aujourd'hui ?

L'autre défi, qui me paraît aussi fondamental, c'est le défi de la recherche. Il n'y a pas de voie pour la recherche médicale, si nous ne conjuguons pas nos moyens. Moyens humains, moyens matériels et moyens financiers, et les avancées dans ces domaines passent nécessairement par la création de centres d'excellence. Un autre défi qui ne me paraît pas moindre que celui que vous avez souligné, c'est le défi des nouvelles technologies. Les nouvelles technologies qui nous permettent aujourd'hui de grandes avancées en matière de gestion dans les hôpitaux, dans les centres de santé. Les nouvelles technologies qui permettent aujourd'hui un développement de la télémédecine avec le rapprochement entre les patients et les plus grands médecins aujourd'hui, c'est une des voies que nous ne devons pas mettre à l'écart.

Un autre défi, c'est le défi de l'environnement. Il est établi, vous l'avez dit, Monsieur le Directeur régional, que 25 % des pathologies, aujourd'hui, sont liées à l'environnement. Le paludisme, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le choléra sont des maladies liées à l'environnement. Les maladies nouvelles que nous avons aujourd'hui lui sont également liées. Et puis l'environnement insalubre des villes, la pollution de l'eau, la pollution atmosphérique avec toutes ces fumées qu'on voit derrière ces vieilles voitures, ces vieux tacs qu'on exporte chez nous, avec leurs conséquences sur la santé, c'est quand même terrible. Voilà des questions qui nous restent à traiter aujourd'hui fondamentalement.

Et puis, bien sûr, il y a le défi de la production pharmaceutique. 80 % de nos médicaments sont importés. Il y a quelques laboratoires, bien sûr, certains essaient d'avoir son petit laboratoire, mais cela n'a pas d'avenir. Si nous n'arrivons pas à créer de grandes structures régionales, bien réparties, équitablement réparties, nous ne pourrons jamais inverser la logique actuelle, qui a été l'éternelle logique coloniale qui affecte nos pays de marchés de consommation ; il y a même des logiques de certaines grandes organisations qui cherchent de l'argent pour nous, en disant on vous achète des médicaments ; vous avez des pays qui s'empressent de nous accorder de grandes lignes de crédits et bien sûr on se précipite dessus, parce chacun ne pense qu'à soi. Au lieu de ces grandes lignes de crédit, c'est le partenariat pour réaliser chez nous avec le secteur public, avec le secteur privé, les conditions d'une production pharmaceutique locale pour nos maladies et si nous n'avons pas une maîtrise plus grande de la production des médicaments, des vaccins et des matériels biomédicaux, nous continuerons à subir. Je voudrais aussi indiquer que la meilleure façon de relever ce défi, vous le notez tous les jours, c'est la lutte contre les faux médicaments, c'est la lutte contre les médicaments mal faits, c'est la lutte contre les médicaments périmés, nous devenons même, autant que nous sommes devenus des pays où on vient recycler les vieilles voitures, les vieux médicaments ne sont jamais jetés, jamais

détruits, sont recyclés et reviennent sur nos marchés, dans les pharmacies sur le trottoir, les médicaments dans la rue, le plus souvent, c'est ce que nous retrouvons et qui constitue un grave danger aujourd'hui de santé publique auquel nous devons aujourd'hui faire face.

Il y a le défi bien sûr de la bonne gouvernance et de la lutte contre la corruption. Ne fermons pas les yeux, il y a une corruption quotidienne dans les hôpitaux aujourd'hui. Et c'est les pauvres qui en souffrent, nous devons l'avoir à l'oeil. Mais à côté de cette corruption quotidienne terrible, je dis bien terrible, parce qu'elle est violente, elle s'exerce sur des gens qui sont à court, qui n'ont rien, qui subissent. A côté de cette corruption quotidienne, bien sûr il y a tous les problèmes liés à la transparence des grands marchés, qui font que souvent, on nous tient par ce moyen en nous empêchant de développer de véritables stratégies d'utilisation des médicaments génériques tant indispensables et tant nécessaires pour nous.

Un dernier défi que je vais mentionner, c'est celui de la gériatrie, du troisième âge. Bien sûr, la moyenne d'âge est encore faible. Mais pour beaucoup qui ont de la chance, l'augmentation de l'espérance de vie pose de vrais problèmes de santé que nous devons examiner de très près. Alors cette maladie qu'on dit maladie honteuse, heh!! la prostate, mais cela tue énormément de gens, silencieusement dans nos pays! Qu'est ce qu'il faut faire pour libérer les gens par rapport à ces maladies honteuses ? Qu'est ce qu'il faut faire pour aider ceux qui partent à la retraite, parce que beaucoup de personnes, qui ont la chance d'atteindre cet âge, qui partent à la retraite, vous constatez qu'au bout de quelques années, elles meurent. A propos des personnes âgées, ce n'est pas un plaidoyer que nous faisons pour nous-même aujourd'hui, je le dis de façon très claire, parce que ce sont elles aussi qui sont le fondement de notre société.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Tous les intervenants dans le domaine de la santé en Afrique, le Système de Nations Unies, les ONG, les Sociétés civiles, les Fondations, les différents intervenants, que je voudrais saluer, doivent comprendre et comprennent, j'en suis sûr, que la responsabilité première des africains eux-mêmes est fondamentale. On ne peut rien décider fondamentalement à leur place. Et tous, doivent comprendre aussi le rôle prépondérant que les gouvernements doivent jouer. Il ne s'agit pas d'actes d'autoritarisme, mais pour veiller à l'intérêt public, même soutenir l'initiative privée, il faut absolument croire dans la plénitude de leurs moyens, ce qui me paraît fondamental. Je voudrais aussi dire pour tous nos partenaires, plus que jamais aujourd'hui, la solidarité doit s'exprimer pour l'Afrique. Les actions doivent être

mieux coordonnées pour s'orienter vers une gestion rationnelle des ressources, éviter les doubles emplois et la fragmentation. Que chaque intervenant ne donne pas l'impression d'agir en vase clos. Que chaque intervenant ne donne pas l'impression qu'il a la capacité d'exercer des pressions, de prendre nos pays en otage alors qu'il s'agit aujourd'hui de travailler en symbiose et en synergie.

Vous me permettez à ce stade, de saluer particulièrement le Dr Sambo et toute son équipe pour le travail réalisé. Je salue aussi l'expertise africaine qui existe dans toutes les autres organisations et de saluer de façon particulière Madame Chan pour son engagement à nos côtés.

Monsieur le Président de la République,

Je m'adresse enfin à vous. Vous vous souviendrez, Monsieur le Président, il y a quelques années, ici même à Malabo, je saluais la persévérance avec laquelle vous affirmez votre hispanité, j'ai salué aussi la perspicacité avec laquelle vous gérez votre francophonie. Et ce jour là nous avons décliné l'hispanité et la francophonie en latinité, vous vous en souvenez bien. Mais, cette latinité pour moi, Monsieur le Président, était un avantage, vous sachant pleinement ancré dans vos cultures nationales. Cela ne peut être qu'un avantage. Nous appelons à une Afrique plus unie et plus solidaire, parce que c'est cette Afrique plus unie et plus solidaire, Mesdames et Messieurs les Ministres, qui peut promouvoir une vision commune de la santé, et l'action sanitaire en Afrique qui peut développer l'identité africaine chez les professionnels de santé. C'est cette Afrique plus unie et plus solidaire, qui peut lutter contre les grands fléaux qui ravagent le continent, qui peut développer l'expertise africaine dans le secteur de la santé, et aider à établir une carte sanitaire africaine. C'est cette Afrique, unie et plus solidaire, qui peut soutenir la production dans le secteur de la santé. Comme je l'ai dit, ce sont les médicaments, les vaccins, les équipements, les matériels bio-médicaux, qui peuvent créer un espace africain de solidarité. C'est cette Afrique plus unie et plus solidaire qui peut et qui doit se préparer demain, à jouer de grands rôles au sein de toutes les organisations internationales dont un jour prochain, l'Organisation mondiale de la Santé. C'est une telle Afrique, qui peut s'opposer aux programmes d'ajustement structurel, tel que nous les avons connus, qui ont démolis nos systèmes, nos systèmes de soins, nos systèmes sanitaires. On n'en a pas tiré toutes les leçons, on tourne la page mais en réalité, nous devons faire le bilan, je dis bien le bilan des programmes d'ajustement structurel et non pas simplement tourner la page et passer à autre chose, sinon nous risquerons de passer à autre chose qui fondamentalement ne sera pas différent, parce

que, ne nous reconnaissant pas, comment dirais-je, le privilège de décider par nous même, de nos propres affaires.

C'est une saine Afrique, c'est cette Afrique, dans son intégrité qui peut tout. Je dis bien son intégrité, cette intégrité, je l'ai dit et je le redis, qui est différente de la Région africaine des Nations Unies. La Région africaine des Nations Unies exclut une bonne partie de l'Afrique du Nord, sauf l'Algérie. Tout le reste, tous les pays africains qui sont membres de la Ligue Arabe ne font pas partie de la Région africaine et aujourd'hui ne siègent pas avec nous. C'est un choix idéologique et politique, avec lequel nous ne pouvons pas être d'accord, le devenir de l'Afrique, c'est une Afrique Une. Il n'y a pas d'Afrique du Nord qui ne soit pas une partie de l'Afrique fondamentalement. Je pense que cette bataille, nous devons la mener, on ne peut pas sectionner l'Afrique, on ne peut pas réduire l'Afrique simplement à l'Afrique Sub-saharienne. Vous avez un tel potentiel aujourd'hui en Afrique du Nord dont nous avons besoin aujourd'hui, en solidarité et en partage. Et l'Afrique, toujours plus unie et toujours plus solidaire, y ouvrira la voie pour nous, pour les états unis d'Afrique. Les Etats Unis d'Afrique, comprenez-moi bien, pour moi ce n'est pas un rêve, mais c'est une construction de tous les jours, construction partagée par les peuples, c'est une construction bien conçue, aux étapes bien définies. C'est une construction forcément laborieuse de générations, chaque génération fera sa part, mais une construction qui se nourrit de démocratie et de bonne gouvernance, c'est parce que nous la sentons incontournable cette construction, que nous avons décidé nous-même, avec d'autres, avec tous ceux qui le voudront, de lancer un grand mouvement pour les états unis d'Afrique que nous appelons AFRICA, afin d'accélérer le développement de notre continent, afin de faire en sorte que notre continent compte. Ce mouvement ambitionne de pouvoir favoriser les liens entre les sociétés civiles et les pouvoirs publics en Afrique.

Excellences Mesdames et Messieurs,

C'est grâce à cette responsabilité africaine assumée, c'est grâce à cette conscience historique africaine restaurée, c'est grâce à cette confiance africaine retrouvée, c'est grâce à cette détermination de résister, de se battre, de lutter que maîtres de notre destin, solidaires de tous les autres, nous ferons l'histoire, notre part d'histoire, celle de mieux être et de bien-être, surtout qu'aujourd'hui nous avons des indicateurs, qui paraissent positifs, en terme de croissance économique, en terme d'avancées démographiques. Ces avancées sont les bases sur lesquelles nous pourrons bâtir le futur de l'Afrique.

Monsieur le Président, Excellences Mesdames et Messieurs,

C'est sur un tel terrain travaillé, conditionné, maîtrisé que les super bactéries, vous savez, on parle aujourd'hui des super bactéries. Si nous avons un tel terrain bien travaillé, les super bactéries n'auront jamais une place chez nous ici, il faut qu'on se prépare à faire face à cela de manière énergique.

Enfin, Monsieur le Président, d'après le slogan d'hier, la Santé pour tous en 2000, nous comprenons aujourd'hui que nous devons souhaiter ensemble, pour la santé pour tous, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, plein succès à la Soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et encore beaucoup de succès au pays hôte, la Guinée Équatoriale.

Mesdames et Messieurs, je vous remercie.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DR MARGARET CHAN,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS**

Excellences,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués Délégués,
Représentants de l'Union africaine,
Excellence Dr Sambo,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de remercier le Gouvernement de la Guinée équatoriale et son Président, Son Excellence M. Obiang Nguema Mbasogo, pour l'accueil de cette soixantième session du Comité régional de l'Afrique.

Je voudrais également féliciter l'Union africaine pour sa déclaration, adoptée lors de son récent Sommet, sur la promotion des mesures en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile et du développement en Afrique, d'ici 2015.

Cette déclaration met à juste titre l'accent sur l'importance d'un leadership et d'une volonté politique solides pour des actions concrètes. Votre campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique sera accueillie favorablement par beaucoup d'acteurs.

La déclaration reconnaît la nécessité de renforcer la mobilisation des ressources internes, et notamment d'atteindre la cible de 15%, fixée à Abuja. Il s'agit là d'une autre forme d'engagement.

Il convient également de noter la détermination de l'Union africaine à promouvoir, à travers le continent, des programmes visant à éradiquer totalement la transmission mère-enfant du VIH/sida pour qu'aucun enfant ne naisse infecté par le virus.

Permettez-moi de féliciter le Bureau régional et son Directeur, le Dr Sambo, pour le nouveau document définissant les orientations stratégiques pour l'OMS dans la Région africaine.

Ce document fournit une vision stratégique pour la réalisation d'un développement sanitaire durable dans vos pays, d'ici à 2015.

Une fois de plus, nous notons le solide engagement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Une fois de plus, nous notons que la mortalité maternelle est présentée comme «un des problèmes de santé les plus tragiques en Afrique».

Je souscris pleinement à votre orientation stratégique qui accorde la haute priorité à la santé de la mère et de l'enfant.

Mesdames et Messieurs,

Le 10 août, à la suite des recommandations du Comité d'urgence du RSI, j'ai annoncé que le monde n'est plus en phase 6 d'alerte à la pandémie de grippe. Les données épidémiologiques émanant du monde entier montrent que le nouveau virus H1N1 a dans une large mesure cessé de sévir.

Comme je l'ai alors souligné, la décision de déclarer la fin de la pandémie est basée sur une évaluation mondiale.

Pendant la période post-pandémique, il se peut que l'on observe encore des niveaux élevés de transmission du virus H1N1 lors de flambées localisées d'ampleur variée et dans certaines «zones à haut risque», comme c'est du reste le cas dans quelques parties du monde.

Au niveau mondial, toutefois, les flambées de grippe, y compris celles qui sont provoquées principalement par le virus H1N1, sont d'une intensité comparable à celles que l'on observe pendant les épidémies saisonnières.

Pendant la pandémie, j'ai vu de nombreux reportages au cours desquels les autorités sanitaires et parfois le personnel des bureaux de pays de l'OMS s'attachaient à rassurer le public, sur la base de faits solides.

Cette approche a assurément contribué à maintenir la perturbation sociale à un très faible niveau. Dans plusieurs cas, le fait que les pays disposaient de stocks de médicaments antiviraux, constitués par l'OMS, concourait à ce message rassurant.

L'OMS a connu un succès moindre dans ses efforts pour fournir aux pays de la Région des vaccins reçus à titre de dons. Ces vaccins ont certes été effectivement fournis, mais à une cadence plus lente qu'on l'avait espéré.

Certains pays continuent de vacciner les populations à risque, et cette politique est pleinement conforme aux recommandations de l'OMS.

Qu'il me soit permis de le rappeler: le virus H1N1 n'a pas complètement disparu. Sur la base de l'expérience des pandémies passées, nous pouvons nous attendre à ce que le virus H1N1 adopte le comportement d'un virus grippal saisonnier et continue de circuler quelques années encore.

Pendant la période post-pandémique, il est probable que le virus continue de provoquer des maladies graves dans les tranches d'âge plus jeunes. Les actions recommandées sont la protection des groupes à risque et le maintien de la vigilance.

Comme nous le savons, en moins de six semaines, la présente pandémie s'est propagée plus que ne l'ont fait les pandémies passées en plus de six mois. Au total, 214 pays et territoires ont notifié des cas confirmés en laboratoire.

Ce chiffre témoigne certes de l'ampleur de la propagation, mais il est aussi révélateur d'un autre fait souvent ignoré.

Les services de santé et les laboratoires, dans chaque région du monde, ont pu dépister, confirmer et notifier les infections provoquées par la nouvelle souche du virus, ce qui donne une idée de l'état de préparation, du renforcement des capacités et de la solidarité pendant une urgence de santé publique de portée internationale.

Mesdames et Messieurs,

Vous avez à examiner un ordre du jour qui interpelle sur plusieurs questions pouvant contribuer à un développement sanitaire durable dans la Région africaine. je vous souhaite des délibérations très fructueuses.

Je vous remercie.

ANNEXE 10

DISCOURS DE SON EXCELLENCE OBIANG NGUEMA MBASOGO, CHEF DE L'ÉTAT ET PRÉSIDENT FONDATEUR DU PDGE, À L'OCCASION DE L'OUVERTURE SOLENNELLE DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Excellence, Monsieur Alpha OUMAR KONARÉ,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur pour le Peuple de Guinée équatoriale et son Gouvernement d'accueillir la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, rencontre consacrée à la situation sanitaire en Afrique et, de façon plus accentuée, à la thématique de la mortalité maternelle, comme partie importante des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels nous nous sommes engagés.

En premier lieu, nous adressons la plus chaleureuse bienvenue en Guinée équatoriale à tous les Délégués, participants et invités, qui se sont déplacés à Malabo pour assister à ce grand événement; nous leurs souhaitons un heureux séjour dans notre pays et qu'ils jouissent de l'hospitalité du Peuple équato-guinéen.

Il me plaît de ressortir la présence de Madame Margaret CHAN, Directeur général de l'OMS, et Monsieur Luis Gomes SAMBO, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour avoir répondu à notre invitation et pour le grand intérêt qu'ils accordent aux problèmes de la santé mondiale en général, et du Continent africain en particulier. Votre présence constitue un stimulus et une raison d'espérer que l'OMS renforcera son action en faveur de l'Afrique.

La présence du Président Alpha OUMAR KONARÉ, personnalité de renommée continentale, dotée d'une grande expérience sur des thèmes africains, contribuera aussi à ce que cette Conférence adopte des décisions appropriées quant à la thématique de la santé en Afrique.

Madame le Directeur général de l'OMS,
Distingués Ministres,
Mesdames et Messieurs,

Les travaux du Comité régional pour l'Afrique de l'OMS se tiennent dans un contexte très particulier qui fait appel à nos volontés face à la situation sanitaire en Afrique, en consonance avec les Objectifs du Millénaire. En effet, après les recommandations de la récente réunion de l'Union africaine, nos États doivent faire une évaluation précise et une programmation objective en vue d'une présentation de l'Afrique lors de la prochaine Assemblée générale des Nations Unies qui consacra des journées spéciales au thème de la mortalité maternelle et infantile.

Il convient de souligner alors que la santé et, surtout, l'épineux problème de la mortalité maternelle, demeurent au centre de toutes les discussions qui se déroulent, tant au niveau régional qu'au niveau mondial.

Nous voulons profiter de cette opportunité pour qu'au-delà de l'indispensable analyse de la situation, nous puissions avancer vers des leçons et des enseignements à recevoir quant à la mise en marche des activités, dans l'optique de palier aux déficiences et combler ainsi les vides qui persistent encore dans les Objectifs du Millénaire.

Je voudrais ainsi me réjouir qu'au-delà du fait que la mortalité maternelle sur notre Continent constitue le thème principal de votre réunion, vous aborderez un autre thème, également important et corrélatif au renforcement des systèmes de santé, leur financement, la recherche et les moyens de prévention.

La mortalité maternelle doit demeurer l'objectif de nos préoccupations, tant que nous n'aurons pas trouvé des solutions adéquates. Nous savons que beaucoup a été fait depuis l'élaboration des Feuilles de route pour le renversement de cette situation calamiteuse, mais il faut mettre l'accent sur le fait que beaucoup reste encore à faire.

Par conséquent, il reste un défi à relever par la majorité des pays africains, à savoir améliorer la santé de la mère, dès-lors qu'elle continue d'être la colonne vertébrale de la famille africaine.

Alors, il devient logique que nos réflexions abordent toutes les étapes à mettre en pratique afin de nous libérer de cette situation. C'est une urgence, et je pense que vous conviendrez avec moi de cette réalité.

Au nombre des principaux défis à relever, dans le cadre de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé figurent : l'insuffisance des statistiques de foyers, la couverture insuffisante du registre de naissances et de décès, la faiblesse des systèmes d'information sanitaire et des capacités en matière de gestion des données et le manque de centres de recherche.

Entre les grandes leçons enregistrées jusqu'alors, dix ans après le lancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le secteur de la santé, il ressort en premier lieu que l'amélioration du développement de systèmes de santé dotés d'un financement adéquat reste la clé du succès.

Nous enregistrons en ce moment une dynamique de plus en plus approuvée en faveur du renforcement des systèmes de santé, notamment la prise en compte de la base des valeurs et des principes des soins de santé primaires.

Dans cette perspective, nous avons une précieuse opportunité avec la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé, représentant le niveau le plus récent et complet de l'engagement de nos États en faveur d'une meilleure santé pour les peuples africains.

Je voudrais confirmer, une fois de plus, que nous, dirigeants africains, sommes totalement engagés à participer pleinement à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, à la recherche d'une santé pour tous sur notre Continent.

Madame le Directeur général,
Monsieur le Directeur régional,
Distingués Ministres,
Mesdames et Messieurs,

Vous conviendrez avec moi que, aussi bien la Recherche que l'Attention médicale, toutes sont fondamentales pour l'amélioration de la Santé publique. Un grand effort est requis dans la recherche si nous voulons augmenter sensiblement nos possibilités de lutte et de prévention des principales maladies qui frappent l'humanité.

Comme vous devriez le savoir, la Recherche joue un rôle crucial dans l'amélioration de la santé, en tenant compte et en évaluant les interventions, mais aussi en guidant la prise de décisions.

Dans notre Région, nous observons un déficit de plus en plus évident sur l'application des technologies existantes en vue d'améliorer la santé publique.

Nous pensons qu'il est grand temps de mobiliser le soutien politique et économique en faveur des initiatives de recherche et de développement en Afrique.

Dans cet esprit, permettez-moi de vous confirmer que le Prix international pour la Recherche en Sciences de la Vie, créé par l'UNESCO, avec le financement de la Fondation Obiang Nguema Mbasogo, cherche à stimuler la recherche et entend devenir un véritable instrument d'impulsion, de promotion et de valorisation de la recherche scientifique. Les chercheurs et les scientifiques trouvent en lui l'opportunité d'appui et de reconnaissance à leurs efforts.

Avec le même esprit, la Guinée équatoriale a fait une offre à l'Union africaine pour héberger et financer le siège de l'Observatoire africain pour la Science, la Technologie et l'Innovation, lequel servirait comme fonds de recherche, d'échange d'informations et comme banque de données pour les pays africains.

Madame le Directeur général de l'OMS,
Distingués Ministres,
Mesdames et Messieurs,

En Guinée équatoriale, malgré la croissance et l'amélioration des infrastructures, la situation sanitaire de la population continue de se caractériser par une charge encore élevée, cela est dû à la persistance des maladies telles que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, qui continuent de constituer des problèmes de santé publique. Dans ces conditions, la situation de la Femme et de l'Enfant, en tant que groupes plus vulnérables, demeure une préoccupation majeure.

L'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement est encore limité et constitue, de fait, l'un des facteurs de risque les plus importants.

Néanmoins, il convient de relever les grands efforts déjà réalisés et en cours d'exécution pour inverser cette situation, dans le cadre de notre Programme global de développement dont les premiers effets sont encourageants.

Dans la lutte contre les pandémies, nous pouvons relever de véritables raisons d'optimisme dans le combat contre l'onchocercose, dont le vecteur de transmission a été éliminé sur toute l'Île de Bioko, d'après ce que démontrent les résultats d'enquêtes effectuées récemment par des experts de l'OMS. Nous attendons de transposer cette expérience sur la partie continentale de notre pays.

Dans notre lutte contre le paludisme, l'intensification des interventions efficaces telles que l'usage à grande échelle de moustiquaires imprégnées, le traitement précoce, la démoustication à domicile, ajoutés au nettoyage organisé et systématique des rivières, des flaques d'eau, des étangs, des décharges d'ordures, s'est traduite par un impacte réel sur cette maladie.

Notre Plan national de Développement économique et social, formulé en vue d'éradiquer la pauvreté et de transformer la Guinée équatoriale en un pays émergent à l'Horizon 2020, se déroulent en 15 grands programmes, à l'intérieur desquels se trouve celui de la Santé Pour Tous à l'Horizon 2020.

La première phase en cours d'exécution couvre la période 2008-2012 et constitue la phase de transformation qui s'accompagne du développement des infrastructures économiques et sociales de base, la formation des ressources humaines et les réformes institutionnelles.

La deuxième phase, de 2012-2020, atteindra l'achèvement des infrastructures et l'accélération de la diversification économique des piliers des secteurs prioritaires.

Notre objectif, après l'éradication de la pauvreté, est la réalisation d'un bien-être social réel pour toute la Population équato-guinéenne.

Monsieur le Directeur régional de l'OMS,

Les peuples d'Afrique font face à de nombreux défis, parmi lesquels se trouvent, entre autres, les situations alarmantes de santé publique telles les épidémies et les catastrophes naturelles, ou celles provoquées par l'Homme et qui dépassent les capacités de nos gouvernements.

Faute d'actions concertées, ces adversités continueront d'influer négativement sur la santé de la population, avec des taux inacceptables de mortalité qui ont plus d'effets au sein des populations les plus vulnérables, c'est-à-dire, les enfants et les

femmes. Comment donner alors à nos systèmes de santé les moyens adéquats en vue d'apporter des réponses efficaces?

Cette situation nous interpelle en priorité, en tant qu'Africains. C'est-à-dire que nous devons répondre positivement à la résolution adoptée à ce sujet lors du dernier Comité régional et concernant la création du Fond africain pour les urgences de santé publique dont nous sommes en train d'étudier les modalités des contributions.

Nous profitons de cette opportunité pour féliciter une fois de plus la parfaite collaboration que nous avons eue avec l'OMS depuis la signature des Accords-Cadres en décembre 1980.

Nous avons fait don d'un terrain sur lequel le Bureau de Représentation de l'OMS a été construit.

De plus, le Gouvernement de Guinée équatoriale a déboursé une contribution volontaire d'un million cinq cent mille dollars américains en faveur du budget de l'OMS pour quatre ans, ceci afin de lui offrir son appui technique aux efforts de développement de programmes de santé dans mon pays.

Cette contribution est le fruit d'une coopération mutuellement satisfaisante et productive. Nous voulons continuer à compter sur cette collaboration dans nos efforts pour accomplir les progrès nécessaires vers la réalisation de nos objectifs de Santé pour Tous à l'horizon 2020.

Distingués Ministres et Délégués,
Mesdames et Messieurs,

L'Afrique entière attend, et à juste titre, un bon résultat de la soixantième session du Comité régional de l'OMS.

Pour notre part, nous souhaitons que cette session fasse date dans la promotion de la santé en Afrique.

J'ai maintenant le plaisir de déclarer ouverte la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

ANNEXE 11

ALLOCUTION DU DR RICHARD SEZIBERA, MINISTRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DU RWANDA ET PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE- NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Votre Excellence, Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, Président de la République de la Guinée équatoriale,
Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Dr Luis Gomez Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Le Représentant de la Commission de l'Union africaine,
Les membres du Gouvernement,
Excellence, M. Francisco Pascuale Obama Assue, Ministre d'Etat de la Santé de la République de la Guinée équatoriale,
Les ministres de la santé et les chefs des délégations des pays de la Région africaine de l'OMS,
Les chefs des missions diplomatiques et les représentants des Organisations Internationales,
Distingués délégués et hôtes,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi, en premier lieu et avant tout, d'exprimer ma profonde et sincère gratitude à Son Excellence, Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, Président de la République de la Guinée équatoriale, pour nous avoir fait le grand honneur de présider personnellement la cérémonie d'ouverture officielle de la présente session du Comité régional. Nous remercions également le Gouvernement, les diverses autorités locales et le peuple de la Guinée équatoriale pour l'accueil et l'hospitalité chaleureux qu'ils nous ont accordés depuis notre arrivée dans ce pays magnifique.

Je vous suis immensément reconnaissant, chers collègues, d'avoir donné au Rwanda l'honneur de présider la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. J'ai profondément apprécié l'appui sans réserve que vous m'avez accordé en tant que Président du RC59.

Avant que je ne remette le bâton à l'Honorable Ministre de la Santé de la République de la Guinée équatoriale, pour poursuivre la course de relais de la Région africaine vers la réalisation des OMD relatifs à la santé d'ici 2015, permettez-moi de faire quelques réflexions sur le travail passé du Comité.

Notre continent a fait d'énormes progrès en ce qui concerne les indicateurs de santé en général au cours de la dernière décennie. Toutefois, il continue d'être classé en tête sur le plan des taux de morbidité et de mortalité liées aux maladies transmissibles et le fardeau croissant des maladies non transmissibles a encore remis en question le secteur de la santé en ce qui concerne la prestation de services de santé de qualité.

Les femmes et les enfants constituent les groupes les plus touchés, en partie en raison du faible statut social qu'ils ont dans la société.

En sachant cela, vous vous rappellerez qu'en 2004, à notre cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (RC) à Brazzaville, nous avons adopté une résolution scientifiquement valable, la résolution AFR/RC54/R9, intitulée "Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique". Cette résolution avait pour effet de fournir des conseils à nos pays sur ce qu'il y a à faire pour atteindre l'OMD5. Le fait que le ratio moyen de mortalité maternelle se situe toujours à 900 pour 100 000 naissances vivantes indique clairement qu'en tant que Région, nous avons encore une longue route à faire pour mettre pleinement en oeuvre notre résolution.

Une fois encore, Excellences, Chers Collègues, vous rappellerez qu'en 2006, la cinquante-sixième session du RC à Addis-Abbeba a adopté la résolution AFR/RC56/R1 intitulée "Plan stratégique régional pour le programme de vaccination élargi 2006-2009" et la résolution AFR/RC56/R2 intitulée "Survie de l'enfant: une stratégie pour la Région africaine". Aussi bien la stratégie que le plan sont très bons. Cependant, le fait que la majorité de nos pays n'est pas en passe d'atteindre les OMD, indique clairement que nous n'avons pas pleinement mis en oeuvre nos deux résolutions.

J'espère que la récente déclaration (assemblée/UA/décl. 1 (XV) des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine, intitulée "Actions à mener sur le plan de la santé maternelle, néonatale et de l'enfant et du développement en Afrique, d'ici 2015" nous apportera un appui plus politique pour traduire les résolutions AFR/RC54/R9, AFR/RC56/R1 et AFR/RC56/R2 par des mesures pour prévenir la souffrance et la mort de nouveaux-nés, d'enfants et de femmes enceintes. Nous devons utiliser la Déclaration de l'UA pour mener un plaidoyer énergique et nous engager résolument à accroître les investissements dans la santé maternelle, néonatale et de l'enfant.

A moins de cinq ans précisément des Objectifs du Millénaire 2015, nous devons renouveler nos engagements vis-à-vis de nos enfants, mères et soeurs et faire en sorte que notre continent soit sûr pour eux pour y vivre et prospérer.

Aujourd'hui, j'invite la totalité d'entre nous à se soulever à l'unisson pour faire la différence sur le plan de la santé des femmes et des enfants de notre continent. Ne laissez aucune mère mourir lorsqu'elle donne la vie et ne laissez aucun enfant mourir de causes qu'il est possible de prévenir.

Excellences, Chers Collègues,

Permettez-moi de rappeler nos décisions relatives au renforcement des systèmes de santé et à l'action intersectorielle à mener pour aborder les vastes déterminants de la santé.

En 2008, aux conférences de Ouagadougou, d'Alger et de Libreville nous avons signé et adopté un certain nombre de déclarations historiques:

- La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: améliorer la santé pour l'Afrique au cours du nouveau millénaire, Ouagadougou (Burkina Faso), 30 avril 2008.
- La Déclaration d'Alger à la Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine, Alger, 23-26 juin 2008.
- La Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, Libreville, 29 août 2008.

Je vous rappelle que cette déclaration a été préparée conjointement, par nous, ministres de la santé et nos collègues, ministres de l'environnement.

En 2009, à la cinquante-neuvième session du RC à Kigali, nous avons adopté des résolutions relatives aux cadres de mise en oeuvre en fournissant des conseils détaillés concernant la façon de traduire nos déclarations par l'action à mener dans les pays:

- Résolution AFR/RC59/5 intitulée "Cadre pour la mise en oeuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine" et la

- Résolution AFR/RC59/4 intitulée "Cadre pour la mise en oeuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: améliorer la santé pour l'Afrique au cours du nouveau millénaire".

Le but des trois déclarations et de leurs cadres de mise en oeuvre est de fournir des conseils à nos pays sur la façon d'utiliser la recherche pour orienter l'amélioration de la performance des systèmes de santé nationaux et cultiver l'action intersectorielle pour aborder les inégalités sur le plan de la santé par le biais des vastes déterminants de la santé.

L'élan a été donné et il requiert d'être suffisamment stimulé pour maintenir sa dynamique. Je suis certain que nos délibérations à l'occasion de cette soixantième session du Comité régional apporteront la stimulation nécessaire pour faire avancer le développement sanitaire dans notre Région.

Lorsque nous avons signé les trois déclarations, nous avons engagé nos pays à appliquer les principes des soins de santé primaires et les valeurs de l'accès universel, de l'équité, de la participation communautaires et de l'approche des droits de l'homme dans le renforcement de nos systèmes de santé pour accélérer les progrès vers la réalisation durable des OMD.

Au niveau des pays, les principes de la déclaration de Paris de l'appropriation, de l'harmonisation, de l'alignement et de la responsabilité mutuelle des résultats ont été renforcés par l'élaboration de politiques sanitaires et de plans stratégiques nationaux solides qui sont basés sur des données factuelles. J'aimerais encourager la totalité d'entre nous à utiliser les données factuelles dans nos plans stratégiques sanitaires chiffrés pour mobiliser des ressources suffisantes localement et harmoniser les ressources provenant de partenaires de sorte que nos pays soient en mesure d'atteindre d'ici 2015 les Objectifs du Millénaire pour le développement, relatifs à la santé.

Excellences, Chers Collègues,

Comme vous n'êtes pas sans l'ignorer, la charge élevée de morbidité du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme demeure une menace majeure pour la santé et le développement dans la Région africaine. En 2006, nous avons adopté une résolution importante, la résolution AFR/RC59/R7 intitulée "Prévention du VIH dans la Région africaine: une stratégie pour le renouveau et l'accélération". A Kigali, nous avons fait son suivi avec la résolution AFR/RC59/R7 intitulée "Appel pour une action

intensifiée pour la prévention du VIH et la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région africaine". Ces deux résolutions, si elles sont pleinement mises en oeuvre, auront pour effet d'aider les pays à endiguer la montée de l'incidence du VIH et à réduire la prévalence et les décès liés au SIDA qui, sans discrimination, volent nos économies de main-d'oeuvre productive. Nous avons également adopté la résolution AFR/RC59/R3 intitulée "Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine" qui, si elle était mise en oeuvre, nous transposerait dans un état visionnaire dans lequel le paludisme n'est plus un problème majeur de santé publique. Les pays qui ont fait un effort significatif pour mettre en oeuvre nos résolutions passées ont enregistré certains progrès en s'attaquant aux trois maladies, même si cet effort n'est pas suffisamment significatif pour les mettre sur la voie permettant d'atteindre l'OMD6.

Excellences, Chers Collègues,

Je ne peux arrêter mon allocution ici, sans rappeler notre décision faisant potentiellement histoire, concernant notre démonstration de la solidarité africaine dans le combat contre les situations d'urgence en santé publique et la riposte à celles-ci.

En 2009, la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (RC59) s'est dite préoccupée par la fréquence et l'ampleur croissantes des situations d'urgence en santé publique, y compris les catastrophes (inondations, sécheresses, troubles civils) et épidémies de maladies récurrentes, par exemple, choléra, méningite, rougeole, grippe, fièvres hémorragiques virales comme l'Ebola, la fièvre de Marburg, la dengue, la fièvre de la vallée du Rift. Ces situations d'urgence se traduisent par une grande souffrance humaine, d'importantes pertes économiques et de vies humaines.

Par exemple, une étude récente a estimé que les 110 387 cas de choléra notifiés par les pays de la Région en 2007 se sont traduits par une perte économique comprise entre USD 43,3 et 72,7 millions (1). Les ressources requises pour riposter immédiatement aux situations d'urgence sont également énormes. Une meilleure atténuation de l'impact des situations d'urgence exige des ressources suffisantes pour mener une action en temps voulu.

Cependant, à l'heure actuelle, l'insuffisance des ressources continue d'entraver les efforts de préparation et de riposte.

C'est dans ce contexte que nous avons adopté la résolution AFR/RC59/R5 intitulée "Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle", demandant au Directeur régional de "faciliter la création d'un Fonds africain pour les situations d'urgence en santé publique" pour appuyer l'investigation des épidémies et d'autres situations d'urgence en santé publique et la riposte à celles-ci. Le Directeur régional nous fera rapport au cours de la présente session des mesures qu'il a prises pour faciliter la création du Fonds africain pour les situations d'urgence en santé publique.

Je suis personnellement optimiste, en ce sens que le Fond améliorera nos capacités de préparation et de riposte et réduira la souffrance humaine et le nombre de décès liés à des situations d'urgence.

Excellences, Chers Collègues,

Le rappel de toutes les déclarations et résolutions ci-dessus mentionnées a pour but de mettre en évidence le fait que nous connaissons les solutions à la médiocrité des indicateurs de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et également de souligner le fait que ces indicateurs sont toujours mauvais, c'est un appel clair à un engagement accru de s'attaquer à ces questions

(1) Kirigiaa JM, Sambo LG, Yokouide A, Soumbey-Alley E, Muthuri LK, Gatwiri DK: Economic burden of cholera in the WHO African Region. BMC International Health and Human Rights 2009, 9:8. Accessible sur: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9>.

J'ai le sentiment que l'histoire ne nous jugera pas d'après le nombre de résolutions et de déclarations que nous avons adoptées, mais d'après le nombre de résolutions et de déclarations que nous avons pleinement mises en oeuvre et qui, en procédant ainsi, ont réduit dans une mesure significative la souffrance et la mort prématurée de millions de nos habitants, notamment des nouveaux-nés, des enfants et des femmes enceintes.

C'est pourquoi, l'heure est venue à présent de mener une action décisive pour mettre en oeuvre les résolutions et déclarations existantes de sorte que nos populations puissent réaliser les promesses des objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé.

Je demande instamment à la totalité d'entre nous de réexaminer nos décisions passées contenues dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, de les partager largement avec nos agents de santé aux niveaux de nos systèmes de santé et de faire des efforts concertés pour les mettre en œuvre.

Nous devrions le faire, parce que l'avenir de nos femmes, de nos nouveaux-nés et de nos enfants dépend de nos efforts visionnaires et délibérés.

Chers collègues, je tiens à vous remercier de votre détermination d'avoir efficacement représenté l'Afrique dans des réunions internationales et d'avoir fait entendre sa voix quant aux questions de santé et d'équité pour la santé.

Enfin, je souhaite conclure mon allocution en me félicitant de voir Son Excellence, M. Francisco Pascual Obama Assue présider la soixantième session du Comité régional de l'Afrique, je vous assure, Excellence, de mon soutien total à mesure que vous guiderez notre région vers des sommets plus hauts.

Merci de votre aimable attention.

**ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA SOIXANTE ET UNIÈME
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 2010: Rapport annuel du Directeur régional
7. Rapport du Sous-Comité du Programme :
 - 7.7 Élimination de la rougeole d'ici 2020: Une stratégie pour la Région africaine
 - 7.8 Préparation et réponse d'urgence aux crises humanitaires : Une stratégie pour la Région africaine
 - 7.9 Actualisation de la Stratégie régionale de promotion de la santé : Rapport de situation et perspectives
 - 7.10 Rapport de la Commission de la Santé de la Femme dans la Région africaine
 - 7.11 Budget programme de l'OMS pour 2012-2013 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine
 - 7.12 Ressources humaines pour la santé : Répondre aux besoins en vue de l'accès universel à des soins de santé de qualité
8. Information

- 8.1 Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine
 - 8.2 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS
9. Rapports de situation
- 9.1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation
 - 9.2 Progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique
 - 9.3 Mise en œuvre de la Stratégie de la Région africaine de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments et la santé : Rapport de situation
 - 9.4 Mise en œuvre de la Stratégie de la Région africaine pour la survie de l'enfant et de la Feuille de route pour l'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique : Rapport de situation
 - 9.5 Mise en œuvre de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Rapport de situation
 - 9.6 Décennie de la Médecine traditionnelle dans la Région africaine : Rapport de situation
10. [À compléter avec des questions de portée mondiale habituellement ajoutées par le Siège]
1. Tables rondes/Discussions en panel
- Financement de la santé : Partage d'expériences dans la mobilisation de fonds pour réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire

12. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
13. Dates et lieux des soixante-deuxième et soixante-troisième sessions du Comité régional
14. Adoption du rapport du Comité régional
15. Clôture de la soixantième et unième session du Comité régional.

ANNEXE 13

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC60/1	Adoption de l'ordre du jour
AFR/RC60/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009 : Rapport biennal du Directeur régional
AFR/RC60/3	Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC60/4	Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC60/5	Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives
AFR/RC60/6	Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC60/7	Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires
AFR/RC60/8	Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC60/9	Epidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte
AFR/RC60/10	Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de situation, enjeux et perspectives
AFR/RC60/11	Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
AFR/RC60/12	Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine

AFR/RC60/13	Document-Cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique
AFR/RC60/14	Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations
AFR/RC60/15	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC60/16)	Rapport du Groupe spécial régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieur/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC60/17	Budget programme de l'OMS 2012-2013
AFR/RC60/18	Financement futur de l'OMS
AFR/RC60/19	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC60/20	Dates et lieux des soixante- et-unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional
AFR/RC60/21	Rapport de la soixantième session du Comité régional
AFR/RC60/22	Liste des participants
AFR/RC60/PD	Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence
AFR/RC60/INF.DOC/1	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS
AFR/RC60/INF.DOC/2)	Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC60/CONF.DOC/1	Allocution de M. Francisco Pascual Obama Asue, Ministre d'État à la Santé et au Bien-Être social de la Guinée équatoriale

AFR/RC60/CONF.DOC/2	Allocution du Dr Luis Gomes Ssambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC60/CONF.DOC/3	Allocution du Professeur Alpha Oumar Konaré, ancien Chef d'État du Mali et ancien Président de la Commission de l'Union africaine
AFR/RC60/CONF.DOC/4	Allocution d'ouverture du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS
AFR/RC60/CONF.DOC/5	Discours de Son Excellence, M. Obiang Nguema Mbasogo, Chef de l'État et Président Fondateur du PDGE, à l'occasion de l'ouverture officielle de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC60/CONF.DOC/6	Allocution du Dr Richard Sezibera, Ministre de la Santé de la République du Rwanda et Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC60/INF/01	Bulletin d'information sur la Guinée équatoriale
Décision 1	Composition du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des pouvoirs
Décision 5	Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional

Décision 7	Ordre du jour de la cent-vingt-huitième session du Conseil exécutif
Décision 8	Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif
Décision 9	Méthode de travail et durée de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 10	Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional
Décision 11	Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) Membres de catégorie 2 du Comité d'orientation et de Coordination (PCC)
Décision 12	Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales – Membre du Conseil conjoint de coordination
Décision 13	Désignation d'un Représentant de la Région africaine à l'Assemblée générale du Partenariat Europe-Pays en Développement sur les Essais cliniques (EDCTP)
Décision 14	Désignation des Membres du Groupe de Travail consultatif d'Experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement
AFR/RC60/R1	Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC60/R2	Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC60/R3	Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives

AFR/RC60/R4	Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : Défis et recommandations
AFR/RC60/R5	Fonds africain pour les urgences de santé publique
AFR/RC60/R6	Motion de remerciements