

Publié en anglais, espagnol, français et portugais

N° 4

Disponible sur l'Internet à l'adresse suivante: <http://www.afro.who.int>

2 septembre 2010

**PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISOIRE, 4<sup>ème</sup> JOUR :**  
Jeudi, 2 Septembre 2010

- 08:30-10:30 **Point 7.12** Document cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/13)
- 10:30 - 11:00 Pause-café
- 11:00-12:30 **Point 9** Rapport du Groupe spécial régional sur la prévention et la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetment étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/16)
- 12:30-14:00 *Pause-déjeuner*
- 14:00-15:30 **Point 10** Budget Programme de l'OMS pour 2012-2013 (document AFR/RC60/17)
- 15.30 - 16.00 *Pause-café*
- 16:00-17:00 **Point 11** Le financement futur de l'OMS (document AFR/RC60/18)
- 17:00-18:00 **Point 13** Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC60/19)
- Point 14** Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional (document AFR/RC60/20)
- 18:00 **Fin des travaux du 4<sup>ème</sup> jour**

**RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**



Le Sous-comité du Programme s'est réuni du 8 au 11 juin 2010 à Brazzaville, en République du Congo, et a procédé à l'examen des documents à présenter à la soixantième session du Comité régional. La synthèse du rapport du Sous-comité du Programme est présentée ci-dessous.

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

Selon le Fonds monétaire international, dans le contexte de la crise financière actuelle, 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 2,1 %. Le taux de croissance moyen du PIB réel est tombé d'environ 5 % en 2008 à 2,8 % en 2009. Le PIB total des pays de la Région africaine a diminué de US \$94,48 milliards entre 2008 et 2009. La crise économique qui a sévi en Asie en 1997-1998 et la crise économique de 2001-2002 en Amérique latine ont entraîné des coupes dans les dépenses de santé, une baisse des taux d'utilisation des services de santé, et la détérioration de la situation de la nutrition et de la santé maternelles et infantiles. L'on s'attendait à une augmentation des dépenses de santé des gouvernements, des ménages et des donateurs.

Les principaux défis que les pays doivent relever sont notamment la baisse des dépenses de santé par habitant pour les gouvernements, les ménages et les donateurs; la réduction des dépenses liées à la maintenance, aux médicaments et à d'autres intrants récurrents; l'augmentation des taux d'utilisation des services de santé du secteur public, à mesure que baissent les taux d'utilisation des services de santé du privé; les inefficiences dans l'utilisation des ressources allouées aux formations sanitaires; le manque d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé; et le manque de bases factuelles concernant les effets des crises économiques antérieures dans la Région africaine.

Les mesures proposées sont notamment le suivi des effets sur la santé et les réponses en termes de politiques; l'intensification du plaidoyer interne et externe; le suivi des dépenses de santé supportées par les ressources internes et externes; l'établissement d'un nouvel ordre de priorité pour les dépenses publiques afin de passer des interventions de santé publique à faible impact aux interventions à haut impact; l'amélioration de la gestion des ressources financières; l'amélioration de l'interaction entre agents de santé et patients; l'institutionnalisation du suivi de l'efficacité économique en recourant aux systèmes nationaux d'information de gestion de la santé; le renforcement des filets de sécurité sociale et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé en utilisant les financements existants et nouveaux mobilisés auprès de sources nationales et internationales, entre autres.



**SOMMAIRE**

	Page
Rapport du Sous-comité de programme	2
Extraits des interviews de l'Ambassadeur de bonne volonté pour la santé maternelle et infantile et du Ministre de la santé des Seychelles	3
Extraits de l'interview du Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre	4



### RÉDUCTION DE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

Dans la Région africaine, la charge de morbidité due à l'alcool est en augmentation, le nombre total de décès imputables à l'usage nocif de l'alcool passant de 2,1% en 2000, à 2,2% en 2002, puis à 2,4% en 2004. Aucun autre produit de consommation aussi courant 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 provoquer des problèmes de santé permanents, des troubles neuropsychiatriques et d'autres troubles ayant des conséquences à court et long termes, des problèmes sociaux, et des traumatismes, ou même la mort. De nouvelles bases factuelles donnent à penser qu'il existe un lien entre la consommation abusive d'alcool et les comportements sexuels à haut risque, ainsi qu'avec les maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/sida.

Le peu de sensibilisation du public sur les méfaits spécifiques de l'alcool sur la santé dans bon nombre de pays; le manque de politiques adéquates; l'absence de coordination avec les secteurs pertinents; la non existence de systèmes de surveillance de la consommation de l'alcool dotés de ressources appropriées; et au sein des systèmes, le fait que les problèmes liés à l'alcool ne soient pas reconnus et tendent à être minimisés ou négligés font partie des questions recensées.

Certaines des interventions prioritaires proposées comprennent: l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques de lutte contre l'alcool; la sensibilisation et l'action communautaires; l'éducation du public fondée sur l'information; le renforcement des systèmes d'information stratégique, de la surveillance et de la recherche; l'application de la législation sur l'alcool au volant et des 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.

### LE CANCER DU COL DE L'UTERUS DANS LA RÉGION AFRICAINE: SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

Le cancer de l'utérus est, en termes de fréquence, le deuxième chez les femmes dans le monde. Il y avait en 2002 dans le monde quelque 500 000 nouveaux cas de cancer du col dont environ 90% dans les pays en développement. C'est une importante cause de morbidité et de mortalité chez les femmes dans un environnement aux ressources limitées et particulièrement 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 survient en général au cours de l'adolescence. En Afrique subsaharienne, plus de 80% des cancers sont détectés assez tard, surtout en raison du manque d'information, qui conduit à une mortalité élevée, même après le traitement. Le cancer du col peut être évité et des programmes efficaces de dépistage pourraient aboutir à une réduction substantielle de la morbidité et de la mortalité.

Les systèmes de santé de la Région africaine ne sont pas adéquatement préparés pour faire face à cette maladie. Il existe des efforts dans des environnements aux ressources limitées pour assurer le dépistage pour les femmes âgées de plus de 30 ans. Par conséquent, les femmes atteintes du cancer du col ne sont pas identifiées jusqu'à ce que leur maladie se trouve à un stade avancé. De plus, les moyens thérapeutiques sont totalement inconnus ou trop chers et inaccessibles pour bon nombre de femmes.

Les mesures proposées pour promouvoir la prévention et la lutte contre le cancer du col sont les suivantes: élaborer et mettre en oeuvre des politiques et programmes appropriés.

Renforcer les systèmes de surveillance; mobiliser et allouer des ressources suffisantes; renforcer les partenariats et améliorer la participation de la société civile. De plus, les pays devraient améliorer l'efficacité des services de santé pour le cancer du col en fournissant des services de vaccination contre le VPH; en élaborant des modèles de prestation axés sur les personnes; en améliorant le dépistage et le diagnostic précoce, les mesures curatives et les établissements de soins à tous les niveaux; en mettant en place de bons systèmes de référence; en élaborant un plan viable pour les ressources humaines; et en améliorant les capacités des institutions de formation en santé afin d'accélérer la formation des prestataires de soins de santé appropriés.

### 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

La Région africaine a fait des progrès dans la promotion et le renforcement de la participation communautaire au développement sanitaire. Toutefois, il existe toujours une faible interface entre les communautés et les services de santé nationaux.

Il y a les défis liés à la pénurie d'équipes compétentes au niveau du district, à la couverture limitée 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 pour compenser 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, à l'absence d'un environnement propice au niveau communautaire.

Certaines des mesures proposées consistent à renforcer le leadership des équipes de gestion au niveau du district, à mettre en oeuvre 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 et à donner aux communautés les moyens de prendre elles-mêmes les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé.

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

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 population, la destruction d'établissements sanitaires et la désorganisation des services. En 2008, on a enregistré plus de 12 millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur des pays, contre 6 millions environ en 1997.

Les défis essentiels auxquels les pays sont confrontés comprennent l'incapacité de procéder à des évaluations de la vulnérabilité et à la cartographie des risques, l'absence de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui portent sur de multiples risques, l'absence de programmes complets de réduction des risques de catastrophes et de préparation à ceux-ci, l'insuffisance des capacités de mise en oeuvre 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 de même que l'allocation de ressources.

Les mesures proposées consistent à évaluer les dangers, les vulnérabilités, et les risques au niveau du secteur de la santé, à actualiser les plans de développement nationaux pour y intégrer le relèvement des systèmes de santé après les catastrophes, à créer au sein des ministères de la santé une unité de gestion des interventions sanitaires d'urgence, dotée d'un personnel employé à plein temps, à créer des comités multisectoriels sur les situations d'urgence ou à renforcer ceux existants, à renforcer les systèmes d'alerte précoce pour le volet santé des catastrophes naturelles et des crises alimentaires, à élaborer des programmes de sensibilisation, de communication en matière de risques, de formation et d'autres programmes pour garantir "la préparation communautaire", à améliorer le financement pour la prévention des catastrophes, la préparation aux situations d'urgence et au relèvement des systèmes de santé après les situations d'urgence, entre autres choses.

**Quelles mesures souhaiteriez-vous que les pays africains mettent en oeuvre pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et infantile?**

Les mesures sont déjà connues. Ces dernières cinq années, l'OMS elle-même, et plus particulièrement la Région africaine, se sont vu présenter avec clarté lors des comités régionaux, par l'intermédiaire des représentants des pays, des propositions qui montrent bien que l'on sait tout ce qu'il faut faire pour réduire la mortalité maternelle et périnatale. Ce qui nous intéresse c'est d'appliquer ce qui s'est déjà avéré utile et efficace.

Les femmes meurent, et je dirai même qu'elles meurent alors qu'elles essaient de donner la vie, c'est un fait que les gens ont du mal à digérer; les femmes accomplissent une mission naturelle, elles ne sont pas atteintes de maladie et elles meurent de ce que la nature leur a confié qui est de produire une nouvelle vie.

Les femmes enceintes ont besoin d'aide et non de traitement pour que le processus naturel suive son cours, qui est la naissance d'un nouvel être humain, qui perpétue la famille, la société et la nation.

Il est nécessaire de se demander comment va la santé dans nos pays. Il faut comprendre donc que ce qui est débattu à l'OMS doit se traduire en actions concrètes qui relèvent d'une direction qui, dans chaque pays, doit avoir une connaissance exacte des facteurs qui sont cause de décès et ceci se fait par la collecte de données. Il nous faut connaître les causes locales, les facteurs locaux qui entraînent la mort. En outre, il est nécessaire que le pays dispose de personnes possédant les capacités nécessaires pour faire un travail de recherche; qu'il y ait des institutions et des personnes à même de rechercher les bases factuelles et de déboucher le problème. La santé maternelle a fait l'objet de toute ma vie professionnelle, et ceci est mon point de vue.



Dr. Pascoal Mocumbi  
Ambassadeur de Bonne Volonté de l'OMS  
pour la santé maternelle et infantile

**En tant qu'ambassadeur de bonne volonté, quel est votre rôle pour convaincre les gouvernements, les familles et les communautés qu'il s'agit là de la solution pour réduire les taux de mortalité maternelle?**

J'ai déjà commencé à remplir cette tâche. Ce que j'ai fait c'est comprendre en premier lieu la mission, sachant que les causes principales des décès maternels sont liées à ce qui peut survenir pendant l'accouchement, lorsque surgit une complication qui n'avait pas été prévue lors de la consultation prénatale et par la suite. C'est à ce moment qu'il faut intervenir rapidement pour sauver la vie en jeu. Il est nécessaire que cette femme ait un accès rapide à une assistance spécialisée pour éviter qu'elle ne meure. Il est nécessaire de connaître les interventions possibles en cas de complications en ayant comme point de référence les services obstétricaux d'urgence. Et ce que j'ai constaté, ainsi que les collègues avec qui j'ai étudié la question, c'est qu'il faut se constituer des bases factuelles pour donner des informations sur les interventions qui peuvent améliorer l'accès à la chirurgie. Ces preuves doivent être obtenues localement. D'où la nécessité de faire des recherches pour trouver des réponses aux questions que nous ignorons.

Je suis très heureux parce que les interventions obstétricales d'urgence vont faire l'objet d'un groupe de discussion pendant le présent Comité régional. Il nous faut établir des bases factuelles pour promouvoir la communication et le dialogue entre la communauté et les professionnels de la santé, et obtenir des investissements pour financer ces solutions techniques.

EXTRAITS D'UN ENTRETIEN AVEC LE MINISTRE DE LA SANTÉ DES SEYCHELLES

**Êtes-vous d'avis que la consommation d'alcool est un problème de santé publique en Afrique?**

D'après le nombre et la gravité des accidents de la route dus à l'alcool, le nombre d'incidents liés à une violence domestique terrible, d'après toute la gamme de maladies et de décès causés par l'alcool, l'alcool est assurément un problème sanitaire et social majeur en Afrique.

Comme nous le savons, les hommes et les garçons ont tendance à boire plus que les femmes et les filles. Aux Seychelles, la plupart des admissions dans notre service hospitalier pour hommes sont liées à l'usage nocif de l'alcool; les gastrites, les cirrhoses du foie, les cardiomyopathies engendrées par l'alcool, les syndromes du sevrage, le syndrome de Wernicke-Korsakoff sont tous des cas courants. Les coûts du traitement de ces pathologies en termes de ressources tant sociales que financières sont énormes. Il y a de nombreux autres coûts associés à l'absence au travail, la perte de revenus, la perte de productivité, les familles brisées, l'invalidité, aussi bien mentale que physique, et le syndrome de l'alcool foetal est également préoccupant dans une mesure croissante.

**Quelles mesures devraient être prises par les États Membres pour réduire la consommation d'alcool, en particulier, chez les jeunes?**

Afin de réduire la consommation d'alcool, nous devons apprendre aux gens, en particulier, aux jeunes gens à être capables d'adaptation. Ils doivent comprendre les effets nocifs de l'alcool dès un très jeune âge. Nous devons être en mesure de les convaincre par des preuves concrètes que l'alcool est mauvais pour eux, mauvais pour leurs amis et mauvais pour leurs familles.

C'est seulement, lorsqu'ils en auront été convaincus qu'ils se mettront à regarder ailleurs. C'est seulement en réduisant la demande d'alcool que nous réduirons l'offre. La demande ne pourra être réduite que, si par un vaste programme intelligent et durable d'éducation, qui débute à un jeune âge dans la famille, les écoles, la communauté, les médias, les gens sont encouragés à s'éloigner de l'alcool pour de bon. La même pression de la part des camarades qui force bien des jeunes à passer à l'alcool doit être exploitée pour leur apprendre à s'en détourner.



Dr. Erna Athanasius  
Ministre de la santé, Seychelles

**PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISoire, 5<sup>ème</sup> JOUR :**

**Vendredi, 3 Septembre 2010**

09:00 09:30	<b>Discours d'orientation</b>	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»  Intervention de Mme Joy Phumaphi, de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA)
09:30 10:00	<b>Point 12</b>	<b>Discussions en panel:</b> Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (document AFR/RC60/PD/1)
10:00-10:30 <i>Pause-café</i>		
10:30 - 13:00 <b>Point 12 (suite)</b>		
13:00 - 15:00 <i>Pause-déjeuner</i>		
15:00 16:00	<b>Point 15</b>	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC60/21)
16:00 17:00	<b>Point 16</b>	Clôture de la soixantième session du Comité régional.

**TRANSPORT POUR L'AEROPORT**

Date du vol	Compagnies aériennes	Heures de départ	Destination	Heure de ramassage
02/09/2010	Ethiopian Airlines	13h55	Addis-Ababa	11h00
	Air France	21h50	Paris	18h00
	Iberia	23h50	Madrid	21h00
03/09/2010	RAM	03h30	Casablanca	00h30
	Air France	21h50	Paris	18h00
	Iberia	23h50	Madrid	21h00
05/09/2010	RAM	05h50	Casablanca	03h00
	Kenya Airways	12h05	Nairobi	09h15
	Ethiopian Airlines	13h55	Addis-Ababa	11h00
	Iberia	14h55	Madrid	12h00
06/09/2010	Air France	21h50	Paris	18h00
	Air France	21h50	Paris	18h00
07/09/2010	RAM	03h30	Douala	00h30
	Ethiopian Airlines	12h45	Douala	09h45

*\*Le bus vous prendra au lieu de rendez-vous marqué sur votre fiche de confirmation*

**Discussions en panel: (3 septembre 2010)**

**Thème: Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence**

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, fixés par les Nations Unies, visent à réduire de deux tiers la mortalité infantile et de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Pour atteindre cet objectif, 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 plus de 1,2 million de bébés meurent chaque année de causes évitables au cours de la grossesse, lors de l'accouchement, ou pendant la période du post-partum. Des discussions en panel auront lieu vendredi 3 septembre 2010 pour déterminer comment assurer au mieux l'accès universel à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité, dans le cadre de la mise en oeuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé.

Le Ministre de la Santé de l'Angola fera partie de ces discussions de groupe qui verront également la participation des pays suivants:

- Burkina Faso - expérience du pays dans l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU);
- Sri Lanka - expérience dans l'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5;
- Société africaine des obstétriciens et gynécologues - rôle de la formation;
- Dr. Pascoal Mocumbi - Ambassadeur OMS de Bonne Volonté pour la Santé maternelle et infantile, ancien Premier Ministre du Mozambique.

**EXTRAITS DU DISCOURS DU DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF POUR L'AFRIQUE L'OUWEST ET CENTRALE**



Gianfranco Rotigliano  
Directeur régional de l'UNICEF pour WCAR

Je pense ne pas me tromper en disant que cette rencontre est la dernière d'une telle importance réunissant des autorités africaines avant le Sommet sur les Objectifs du Millénaire à New York dans quelques semaines.

Ce sommet fera - et je cite "un examen d'ensemble des succès, des meilleurs pratiques et des enseignements tirés, des obstacles et des lacunes, des difficultés et perspectives devant se traduire par l'adoption de stratégies d'action concrètes pour accélérer le progrès vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement d'ici à 2015".

Voire réunion cette semaine nous donne une excellente opportunité pour faire le point sur les progrès accomplis et sur les opportunités pour - collectivement - être encore plus efficaces. Ceci me semble extrêmement important car des 8.8 millions d'enfants de moins de cinq ans qui continuent à mourir chaque année dans le monde, 4,5 millions meurent en Afrique au sud du Sahara. Des 536,000 décès maternels dans le monde en 2005, près de la moitié, soit 265,000 avaient lieu en ce continent.

Alors, quel est notre bilan? De 1990 à 2008, la mortalité des moins de cinq ans a diminué de 22% dans notre région, de 184 décès pour 1000 naissances vivantes alors, à 144 pour 1000 naissances vivantes en 2008. Dans certains pays, le progrès a été notable: depuis 1990, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 55% au Malawi, de 47% au Mozambique et de 45% au Niger. Un autre exemple est le contrôle du paludisme; au cours de cette dernière décennie, 26 pays ont fait des progrès remarquables en matière de prévention en distribuant les moustiquaires imprégnées à grande échelle. On estime en effet que plus de 900,000 vies ont ainsi pu être sauvées - dont les trois quarts depuis 2006.

Au moment où le monde évalue les progrès réalisés dans l'atteinte des OMD, les données commencent à montrer un fossé de plus en plus large entre pays riches et pauvres, ainsi que des disparités évidentes au sein des nations - injustices qui devraient nous rendre tous furieux. Nous ne devons pas oublier que, même si le nombre des enfants qui meurent a beaucoup diminué - nombre qui demeure étonnamment élevé - le taux de mortalité relatif chez les moins de cinq ans a en réalité augmenté dans la plupart des pays désavantagés et des endroits désespérés.

C'est certainement le cas dans cette Région où un enfant né aujourd'hui est 24 fois plus susceptible qu'un autre né dans une nation industrialisée de mourir avant l'âge de cinq ans d'une cause évitable - contre 18 fois en 1990. Il est inacceptable que dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, une femme coure toujours le risque 1 fois sur 7 au cours de sa vie, de mourir pendant la grossesse ou en donnant naissance. Dans les pays les plus riches, ce chiffre est de 1 fois sur 8000 en moyenne.

Les campagnes mondiales telles que celles qui visent l'éradication ou la quasi-élimination de la polio, de la rougeole, de la transmission mère-enfant, du tétanos maternel et néonatal, du paludisme, etc. ne peuvent être couronnées de succès si nous ne nous penchons pas sur le cas des pays et endroits les plus pauvres -- car c'est là que ces maladies mortelles se cachent.

J'espère vivement que nous allons continuer à travailler ensemble, et en réalité même agir davantage et mieux, pour améliorer les interventions ayant un grand effet et se fondant sur l'équité pour atteindre les plus vulnérables et sauver le maximum de vies. Vos équipes techniques peuvent aider les enfants et les femmes en intégrant systématiquement l'équité dans l'analyse de situation, dans la définition des priorités des interventions et l'allocation des ressources, dans l'élaboration et la mise en oeuvre des plans pour la santé, et dans le choix des stratégies financières et opérationnelles.

Les partenaires au développement de la Région sont maintenant conscients de l'importance de l'alignement et de l'harmonisation de leur appui sur les politiques, stratégies et modalités de mise en oeuvre des pays.

L'Harmonisation pour la santé en Afrique entraîne la coopération entre l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, le FNUAP, l'ONUSIDA, l'USAID et d'autres partenaires et aboutit à un plaidoyer et à un appui technique plus efficaces en faveur des pays d'Afrique.

Ensemble au niveau régional mais aussi dans chacun des pays, notre priorité doit être de consolider les ressources, les idées, notre enthousiasme et notre engagement à atteindre tous les enfants, et plus particulièrement ceux qui sont dans les communautés les plus marginalisées.