



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/18  
5 septembre 2003

Cinquante-troisième session

Johannesbourg, Afrique du Sud, 1<sup>er</sup>–5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 16 de l'ordre du jour

PROJET DE RAPPORT FINAL DU COMITE REGIONAL

	Paragraphes
CEREMONIE D'OUVERTURE .....	1 – 36
ORGANISATION DES TRAVAUX .....	37 – 45
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 2002 (document AFR/RC53/2) .....	46 – 140
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (document AFR/RC53/3, AFR/RC53/4 et AFR/RC53/5).....	141 – 165
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME .....	166 – 253
TABLES RONDES (documents AFR/RC53/RT/1, AFR/RC53/2 et AFR/RC53/RT/3) .....	254 – 259
DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-QUATRIEME ET DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC53/17) .....	260 – 261
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC53/18) .....	262
CLOTURE DE LA CINQUANTE-TROISIEME SESSION DU COMITE REGIONAL .....	263 – 273

## CEREMONIE D'OUVERTURE

1. La cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été déclarée officiellement ouverte le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2003 au Centre de Conférences de Sandton, Johannesburg, (Afrique du Sud), par Son Excellence Mosiuoa Lekota, Ministre de la Défense de la République de l'Afrique du Sud. Etaient notamment présents à la cérémonie d'ouverture, le Dr Pascoal M. Mocumbi, Premier Ministre du Mozambique, des membres du Gouvernement de l'Afrique du Sud, les Ministres de la Santé et chefs des délégations des Etats Membres de la Région africaine de l'OMS, M. l'Ambassadeur M. H. Doutoum, représentant du Secrétaire général de l'Union africaine (UA), le Dr Jong-Wook Lee, Directeur général de l'OMS, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des membres du corps diplomatique et des représentants d'institutions des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (voir l'Annexe 1 pour la liste des participants).

2. Le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de la République de l'Afrique du Sud, a souhaité la bienvenue à Johannesburg aux Ministres de la Santé et aux délégués. Elle a également souhaité une très chaleureuse bienvenue au Dr Jong-Wook Lee en sa qualité de nouveau Directeur général de l'OMS et l'a assuré du soutien de la Région africaine.

3. Elle a fait observer que cette année marquait le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, ce qui donne aux pays une occasion unique de faire le point des

progrès accomplis et de remobiliser les énergies afin d'atteindre les Objectifs de Développement pour le Millénaire.

4. Le Dr Tshabalala-Msimang a noté qu'au cours de cette session, le Comité régional étudierait les voies et moyens de promouvoir la stratégie sanitaire du NEPAD, présentée aux Ministres lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional.

5. Elle a salué le pas important fait par l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) concernant les accords ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) et les produits pharmaceutiques, permettant ainsi aux pays de mettre à la disposition des populations, des médicaments à prix abordables, en particulier les médicaments génériques. Elle a souligné à ce sujet combien étaient importantes la coopération régionale et l'intégration des stratégies au NEPAD.

6. En conclusion, le Dr Tshabalala-Msimang a proposé qu'au cours de sa cinquante-troisième session, le Comité régional étudie la possibilité de modifier la méthode de représentation des pays au Conseil exécutif de façon que toutes les entités sous-régionales y soient toujours représentées (pour le texte complet de l'allocution, voir l'Annexe 8).

7. Le Professeur A. J. Rasamindrakotroka, Vice-Président de la cinquante-deuxième session du Comité, a informé les délégués que, conformément au règlement intérieur, il présiderait la session jusqu'à l'élection du nouveau Président. Il a noté que les principaux déterminants de la mauvaise santé dans la Région étaient la faiblesse des systèmes de santé,



l'aggravation de la pauvreté, la persistance des inégalités ainsi que les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits.

8. Il s'est félicité des progrès accomplis depuis la dernière session du Comité régional et souligné l'importance de maintenir la collaboration soutenue entre les pays dans la solution des problèmes de l'Afrique, que soit maintenue la collaboration entre les pays (pour le texte complet de l'intervention, voir l'Annexe 9).

9. M. l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, représentant du Secrétaire général de l'Union africaine, a remercié le Gouvernement et le peuple de l'Afrique du Sud pour avoir abrité la réunion ainsi que le Directeur régional et ses collaborateurs de leurs efforts inlassables pour promouvoir la santé dans la Région africaine.

10. Il a fait observer que, grâce à l'excellente collaboration entre l'Union africaine et l'OMS et à la participation active des Ministres de la Santé, les problèmes de santé de l'Afrique étaient désormais au centre des processus de prise de décisions politiques pour le développement socioéconomique. Il a rappelé à cet égard les recommandations formulées lors de la première Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue à Tripoli (Libye), en avril 2003 et approuvées par les Chefs d'Etat au sommet de Maputo en juillet 2003. Le défi est maintenant de faire en sorte que ces engagements soient traduits en actions concrètes au niveau national en garantissant l'appropriation du processus de mise en œuvre par les populations ainsi que le leadership des Ministres de la Santé.



11. M. Doutoum a rappelé aux délégués la lourde perte que constitue l'exode du personnel qualifié vers des pays développés et a fait référence au Sommet des Chefs d'Etat africains tenu à Lusaka, en 2001, Sommet qui a proclamé l'année 2004 comme «Année du développement des ressources humaines», en particulier pour les secteurs de la santé et de l'éducation. Compte tenu du calendrier fixé, M. Doutoum a souligné à quel point il serait difficile de traduire la Déclaration de Lusaka en mesures concrètes. Il a informé les participants que l'Union africaine avait proposé que cette question soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, et éventuellement à celui de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (pour le texte complet de l'allocution, voir l'Annexe 10).

12. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a rendu hommage au Président Thabo Mbeki pour son engagement personnel en faveur du développement de l'Afrique et pour la façon impeccable dont son pays a abrité les sessions du Comité régional en 1997 et 2003.

13. Il a noté que le succès dans la mise en œuvre des programmes en 2002 était lié au soutien apporté par le Siège de l'OMS, aux partenariats établis dans le secteur de la santé et aux efforts fournis par le Gouvernement de la République du Congo pour remettre le Bureau régional en état et améliorer la sécurité.

14. Le Dr Samba s'est félicité du vif intérêt que portent les Chefs d'Etat africains aux questions de santé comme en témoignent les programmes de l'Union africaine. Il a fait observer que le NEPAD était la première initiative conçue par l'Afrique elle-même et que

l'OMS s'était engagée à faire en sorte que tous ses bureaux dans les pays organisent des réunions pour promouvoir cette initiative.

15. Le Directeur régional a annoncé aux délégués que l'Union Européenne s'était engagée à fournir 400 millions d'Euros pour la recherche biomédicale en Afrique. Il a ajouté que cette question ferait l'objet d'une information plus fournie et d'une discussion plus approfondie au cours de la présente session du Comité régional.

16. En conclusion, le Dr Samba a rendu hommage au Dr Gro Harlem Brundtland pour son attachement à la cause de l'Afrique. Il a présenté le nouveau Directeur général, le Dr Jong-Wook Lee, qu'il connaît depuis plus de vingt ans pour son travail à l'OMS.

17. Le Dr Jong-Wook Lee, Directeur général de l'OMS, a remercié le Gouvernement de l'Afrique du Sud d'avoir accueilli la cinquante-troisième session du Comité régional.

18. Il a souligné que c'est dans la Région africaine que la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres grandes maladies meurtrières est la plus intense, dans des conditions rendues difficiles par la pauvreté, la sécheresse, les guerres civiles et d'autres catastrophes. Il a ajouté que le chemin vers la paix était ardu mais qu'il était nécessaire de poursuivre la quête de la stabilité pour faciliter le changement.

19. Le Dr Lee a souligné qu'il serait nécessaire de repenser et de reconstruire les systèmes de santé afin de permettre la réalisation des objectifs spécifiques en matière de lutte contre les maladies, en particulier contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

20. Le Directeur général a fait observer que le 25<sup>ème</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata offrait l'opportunité d'évaluer les effets d'un développement inégal et de se rappeler que « la santé est pour tous ».

21. Au sujet de la catastrophe que représente le VIH/SIDA, le Dr Lee a rappelé aux délégués que dans la Région africaine, plus de 30 millions d'individus sont séropositifs et ont besoin d'être soignés. Il a indiqué que l'un des nouveaux objectifs de la stratégie mondiale associant prévention, soins et traitement est le « 3 by 5 » qui signifie que trois millions de personnes aient accès aux antirétroviraux d'ici à 2005. A cet égard, il a ajouté que le succès exigera des systèmes de santé renforcés et des ressources humaines compétentes. La stratégie des « 3 by 5 » élaborée en collaboration avec d'autres partenaires, sera annoncée le premier décembre, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA.

22. Le Directeur général a mis l'accent sur la nécessité de poursuivre les efforts engagés pour éradiquer la poliomyélite, réduire la mortalité maternelle par le biais d'initiatives pour une grossesse à moindre risque et réduire la mortalité infantile par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Des systèmes efficaces de surveillance, dont on a vu combien ils étaient cruciaux pour l'éradication de la variole et la lutte contre l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), seront également nécessaires pour l'éradication de la poliomyélite.



23. Le Dr Lee a mentionné le fait que les maladies non transmissibles et les traumatismes représentaient une part sans cesse croissante du fardeau de la maladie. Il a fait observer que la Convention-Cadre pour la lutte antitabac, adoptée en mai par l'Assemblée mondiale de la Santé, avait été jusqu'ici signée par 50 pays mais ratifiée par un seul, alors que son entrée en vigueur nécessiterait la ratification par 40 pays. L'augmentation de la mortalité liée aux accidents de la route a conduit l'OMS à choisir le thème de la sécurité routière pour la Journée mondiale de la Santé de 2004.

24. Evoquant les déséquilibres de l'alimentation qui affectent maintenant toutes les sociétés, le Directeur général a annoncé aux délégués qu'une stratégie mondiale de l'OMS concernant l'alimentation, l'activité physique et la santé serait présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2004.

25. Le Directeur général a mis l'accent sur la primauté désormais accordée aux pays qui requièrent davantage de ressources humaines et monétaires ainsi qu'une administration assortie de pratiques gestionnaires et financières saines. Dans le cadre du budget 2006-2007, le Siège procédera à une rationalisation des activités afin qu'elles bénéficient d'une meilleure mise en œuvre au niveau des pays.

26. Le Dr Lee a fait allusion à la nécessité pour les pays de coopérer avec l'OMS pour trouver des méthodes novatrices permettant de former, déployer, superviser et retenir les agents de santé. Tout en accordant la priorité aux soins de santé primaires et communautaires, les besoins des hôpitaux et des laboratoires ne devraient pas être négligés.

27. Le Directeur général a mis en relief les inadéquations des systèmes d'information sanitaire dans les pays, et a indiqué que la résolution de ce problème se ferait par le biais du réseau des mesures sanitaires que l'OMS est en train de mettre en place en partenariat avec les Etats Membres, des fondations, la Banque mondiale et l'UNICEF.

28. Le Dr Lee a souligné la nécessité de conjuguer les forces à l'exemple des partenariats établis à l'occasion du Sommet des Nations Unies pour le Millénaire en septembre 2000, et à l'exemple du NEPAD également.

29. Le Directeur général a conclu en indiquant qu'il reviendrait en novembre dans la Région africaine pour assister à la session informelle du Conseil exécutif de l'OMS qui se tiendra au Ghana (pour le texte complet de l'allocution, voir l'Annexe 11).

30. Dans son message d'ouverture, Monsieur Mosiuoa Lekota, Ministre de la Défense de la République de l'Afrique du Sud et invité d'honneur, a souhaité la bienvenue à Johannesburg aux Ministres de la Santé et aux délégués. Il s'est félicité de l'honneur qui était fait à son pays d'abriter cette session du Comité régional à la veille du dixième anniversaire de l'instauration de la démocratie et de la liberté en Afrique du Sud, instauration à laquelle l'Afrique toute entière a contribué. Il a présenté les excuses de Son Excellence le Président Thabo Mbeki qui n'a pas pu ouvrir la session en raison d'autres engagements à l'extérieur du pays.

31. Le Ministre a attiré l'attention sur le fossé qui s'élargit sans cesse entre pauvres et riches, sur le fait que les nations en développement perdent des travailleurs professionnels et qualifiés au profit des nations développées et sur les tensions que des épidémies nouvelles et re-émergentes font peser sur les systèmes de soins de santé.

32. Il a encouragé les pays africains à intensifier la collaboration interpays, en soulignant le fait que le NEPAD fournit des cadres politiques et institutionnels suffisants pour la coordination. Les défis auxquels l'Afrique est confrontée exigent un puissant leadership pour que le secteur de la santé atteigne les cibles fixées dans les Objectifs de Développement pour le Millénaire et dans diverses résolutions de l'OMS. Le Ministre Lekota a insisté sur le fait que l'Afrique se devait de mettre un terme à tous les conflits, de promouvoir la bonne gouvernance et d'utiliser de manière efficace les organes de l'Union Africaine et les groupements sous-régionaux pour permettre à l'enfant africain de prospérer. Il a fait observer que le NEPAD, en tant que produit authentique du continent africain, contribuerait à la promotion de la bonne gouvernance, du développement et de l'amélioration de la santé des populations africaines. Le Ministre Lekota a indiqué que le développement, le recrutement et le maintien en fonction de ressources humaines appropriées étaient les éléments essentiels de la stratégie du NEPAD pour la santé et que les gouvernements se devaient de lui accorder l'attention requise.



33. Le Ministre a donné un exemple de collaboration intersectorielle couronnée de succès au sein de la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC) entre les Ministères de la Santé et de la Défense dans le cadre du projet «Course contre le paludisme». Cette exemple montre que les ressources des forces armées peuvent être utilisées à des fins civiles telle que la promotion de la santé. En conclusion, il a encouragé les dirigeants, les professionnels et les citoyens du continent à continuer d'œuvrer ardemment pour éliminer le sous-développement (pour le texte complet de l'allocution, voir l'Annexe 12).

#### **Orateurs invités**

34. Le Dr Philippe Busquin, Commissaire européen à la recherche, a présenté le partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP) qui a été conçu comme un partenariat entre les pays d'Afrique et d'Europe pour la recherche à long terme. Il a expliqué que l'EDCTP était le plus grand programme d'essais cliniques entrepris en Afrique, qu'il était basé sur les besoins réels des pays en développement et que son budget sera de 600 millions d'Euros.

35. Le Premier Ministre du Mozambique, le Dr Pascoal Mocumbi, a souligné que l'un des défis auxquels la Région est confrontée réside dans la nécessité de mettre en œuvre les décisions et recommandations adoptées par les chefs d'Etat et de gouvernement dans le domaine de la santé. S'il est vrai que le NEPAD offre un cadre approprié, des capacités techniques et des données factuelles scientifiques demeurent requises pour l'action. Il s'ensuit que la formation et la recherche devraient être considérées comme des mesures prioritaires dans le cadre du plan d'action que l'EDCTP se propose de fournir.

36. Le Directeur régional a remercié les orateurs invités et a souligné à nouveau l'importance de la recherche et du renforcement des capacités dans ce domaine dans la Région africaine. Toutefois, il a insisté sur la nécessité de disposer de plus amples informations pour mieux comprendre les modalités de mise en oeuvre du programme ainsi que les attentes espérées du Bureau régional pour l'Afrique dans le processus de cette mise en oeuvre ; il a en outre insisté sur l'inadéquation d'un horizon de cinq ans pour le renforcement des capacités, notamment dans le domaine de la recherche.

## **ORGANISATION DES TRAVAUX**

### **Constitution du Sous-Comité des Désignations**

37. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des Etats Membres suivants : Burkina Faso, Ethiopie, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tchad et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est réuni à 12 h 30 le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2003 et a élu comme Président, le Dr Abel Dushimimana, Ministre de la Santé du Rwanda. Etaient absents les Etats Membres suivants : Ethiopie, Libéria et Sierra Leone.

## **Election du Président, des Vices-Présidents et des Rapporteurs**

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

**Président :** Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang  
Ministre de la Santé, Afrique du Sud

**1<sup>er</sup> Vice-Président :** Dr Jean Yagi Sitolo  
Ministre de la Santé,  
République démocratique du Congo

**2<sup>ème</sup> Vice-Président :** Professeur Eyitayo Lambo  
Ministre de la Santé, Nigéria

**Rapporteurs :** M. Patrick Pillay  
Ministre de la Santé, Seychelles

M. Jim Muhwezi  
Ministre de la Santé, Ouganda

M. Antonio Serifo Embalo  
Ministre de la Santé, Guinée-Bissau

### ***Rapporteurs des Tables rondes***

1. Dr Albert Toikeusse Mabri (Côte d'Ivoire)
2. Dr Aida Theodomira de Nobreza Libombo (Mozambique)
3. Prof. Abdelhamid Aberkane (Algérie)



**Adoption de l'ordre du jour**

39. Le Président de la cinquante-troisième session du Comité régional, le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC53/1) et le projet de programme de travail, qui ont été adoptés sans modification (*le texte intégral se trouve à l'annexe 2*)

**Adoption de l'horaire de travail**

40. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : 8h30 – 12h30 et 14h30 – 17h30, pauses café comprises.

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

41. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des douze Etats Membres suivants : Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, Erythrée, Gambie, Kenya, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Sénégal et Togo.

42. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1er septembre 2003 et a élu Présidente le Dr Suzanne Aho, Ministre de la Santé du Togo.

43. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau,

Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ces pouvoirs satisfont aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

44. Le Libéria était présent mais n'a pas présenté de pouvoirs.

45. Les Comores, l'Ethiopie, Sao Tomé et Príncipe et la Sierra Leone n'assistaient pas à la réunion.

**ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 2002 (document AFR/RC53/2)**

46. Le Directeur régional a informé le Comité que le rapport sous discussion couvre le travail du Bureau régional et des bureaux de pays de l'OMS durant l'année 2002.

47. Il a invité le Directeur de la Gestion du Programme et les Directeurs de différentes Divisions du Bureau régional de présenter les sections du rapport relevant de leurs domaines d'activité respectifs.

**Développement et direction d'ensemble des programmes**

48. Le Dr Luis G. Sambo, Directeur, Gestion du Programme, a introduit le rapport annuel du Directeur régional (document AFR/RC53/2) qui présente les activités de l'OMS dans la Région africaine en 2002.

49. Le Dr Sambo a précisé que le rapport était structuré en deux parties. La première rend compte de la mise en œuvre, par domaine d'activité, de la première année du Budget Programme 2002-2003 tandis que la deuxième présente les progrès réalisés dans la mise en œuvre de certaines résolutions adoptées par le Comité régional à des sessions antérieures.

50. Le Dr Sambo a attiré l'attention du Comité sur le contexte général dans lequel ont été menées les activités évoquées dans le rapport annuel, à savoir :

- a) le passage de l'Afrique de l'Organisation de l'Unité africaine à l'Union africaine, les questions de santé prioritaires restant au premier plan du programme de travail des Chefs d'Etat;
- b) l'importance croissante accordée au Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), instrument clé de développement de l'Union africaine;
- c) l'intégration de la composante santé des objectifs de développement pour le millénaire dans les programmes de santé nationaux et régionaux;
- d) la prise de conscience par l'Assemblée mondiale de la Santé que le programme d'action de la Commission Macroéconomie et Santé est vital pour la réalisation des objectifs de développement pour le millénaire;
- e) la survenue de catastrophes naturelles comme la sécheresse en Afrique australe, avec ses graves conséquences pour la santé;



- f) la survenue de catastrophes dus à l'action humaine dans certains pays d'Afrique occidentale et centrale;
- g) l'accroissement de la charge de morbidité, particulièrement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et le constat évident que le VIH/SIDA continue d'être une grave menace sur la santé publique et que, malgré la multitude des partenariats et des initiatives, les ressources disponibles pour combattre la pandémie de VIH/SIDA sont encore très limitées;
- h) la mise en oeuvre de l'initiative en faveur des pays initiées par l'OMS qui vise à renforcer la présence de l'OMS et son action dans les pays.

51. Dans ce contexte général et avec la formidable contribution des bureaux de pays de l'OMS, de nombreux importants acquis ont été enregistrés et sont présentés dans le document au titre de différents 35 domaines d'activité qui constituent l'ensemble du programme de l'OMS dans la Région africaine.

52. Le Dr Sambo a fait état des principales réalisations dans les domaines d'activité ci-après au titre du développement et de la direction d'ensemble des programmes : *programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et initiatives, budget et réforme administrative, organe directeur, politique de recherche et promotion de la recherche* et, enfin, *bases factuelles à l'appui des politiques de santé*.

53. Au titre du *Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et des initiatives*, un support a été apporté pour financer des activités imprévues mais urgentes et susceptibles d'améliorer l'état de santé des populations à risque. C'est ainsi qu'une aide a été apportée pour des situations d'urgence telles que l'explosion survenue dans un dépôt d'armes au Nigéria, l'épidémie de fièvre jaune qui s'est déclarée en Guinée et au Sénégal, le naufrage du ferry « Joola » au Sénégal et la grave sécheresse survenue au Mozambique, entre autres catastrophes.

54. Au titre du *Budget et réforme administrative*, les directives pour la planification, la surveillance et l'établissement des rapports ont été mises à jour, le Budget Programme de l'OMS pour 2004-2005 a été établi en collaboration avec le Siège de l'OMS et les bureaux de pays et le système de gestion des activités (AMS) a été installé dans quinze bureaux de pays.

55. En ce qui concerne les *Organes directeurs*, les Etats Membres ont assisté à des réunions d'information destinées à renforcer l'efficacité de leur participation aux réunions du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Grâce à cet appui, les délégués des Etats Membres ont, particulièrement au Comité régional, apporté une contribution précieuse et fait des propositions de qualité donnant une orientation claire quant à l'action de l'OMS et des ministères de la santé dans la Région africaine.

56. Pour améliorer les résultats de l'OMS dans les pays, l'initiative en faveur des pays a été mise en œuvre moyennant l'élaboration de stratégies de coopération avec des pays dans 23 pays. Elle permettra d'intensifier l'appui fourni aux Etats Membres par tous les niveaux de l'Organisation et de renforcer la coopération technique avec les différents pays.

57. Au titre de la *Politique et coordination en matière de recherche*, le Comité consultatif africain pour la Recherche et le développement sanitaire s'est réuni à Maurice pour examiner les modalités pratiques permettant d'améliorer l'examen bioéthique dans les Etats Membres, les mécanismes de promotion de la recherche dans les établissements de formation et les perspectives de recherche sur les maladies non transmissibles. De plus, le Comité régional de l'OMS a continué à faciliter la désignation ou la redésignation de centres collaborateurs de l'OMS dans la Région.

58. Concernant les *Bases factuelles à l'appui des politiques de santé*, le Bureau régional a préparé et diffusé une brochure intitulé « Situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS : indicateurs de base », qui présente les indicateurs de base à utiliser pour suivre la réalisation des objectifs de la politique régionale de la santé pour tous. De plus, cent spécialistes de haut niveau (planificateurs et experts de la santé publique) originaires de 43 Etats Membres ont reçu une formation dans le domaine Macroéconomie et Santé de manière à dégager plus facilement des bases factuelles dans les budgets nationaux de la santé, le financement de la santé et les composantes sanitaires des stratégies nationales de réduction de la pauvreté.

59. Le Dr Sambo a, d'autre part, fait ressortir les principaux résultats obtenus par les six divisions du Bureau régional et les bureaux de pays de l'OMS : Développement des systèmes et services de santé, prévention et lutte contre les maladies transmissibles, prévention et lutte contre les Maladies non transmissibles, Santé de la famille et santé génésique, milieux favorables à la santé et au développement durable et, enfin,



Administration et finances. Il a informé le Comité que les détails seront fournis par les différents Directeurs de Division.

60. Le Dr Sambo a fait part de son optimisme, déclarant que l'intégration régionale africaine, le renforcement des communautés économiques régionales, le programme d'action du NEPAD ainsi que l'appui promis par la communauté internationale laissaient entrevoir de meilleures perspectives de paix et de stabilité augurant bien de la croissance économique et permettant aux pays d'affecter davantage de ressources à la santé. Dans son rapport, la Commission Macroéconomique et Santé a reconnu que le secteur de la santé dans la Région africaine souffrait d'un financement nettement insuffisant, d'où la nécessité impérieuse d'accroître les crédits alloués.

61. Le Dr Sambo a déclaré qu'il était gratifiant de noter que la première année de mise en œuvre du budget programme 2002-2003 avait été facilitée par un certain nombre de facteurs favorables comme :

- a) l'adhésion croissante des Etats Membres aux politiques et normes de l'OMS;
- b) une plus grande prise de conscience mondiale et un engagement plus grand vis-à-vis des problèmes de santé publique;
- c) une meilleure coordination au sein de l'OMS pour appuyer les Etats Membres;

- d) les promesses et espoirs exprimés au niveau international d'augmenter les financements pour améliorer la situation sanitaire, notamment celle des couches pauvres de la population africaine.

62. Concernant les perspectives d'avenir, le Dr Sambo a déclaré que le défi principal est d'améliorer la performance et de pérenniser les systèmes de santé pour réduire la lourde charge des maladies transmissibles et non transmissibles, ce qui évidemment améliorerait la situation sanitaire. Il a expliqué que les personnes en bonne santé sont plus productives et qu'elles peuvent mieux contribuer au revenu familial et à la croissance économique nationale, aidant ainsi à la réalisation des objectifs de développement du Millénaire fixés par les dirigeants mondiaux en 2000 pour réduire la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la mortalité maternelle, la dégradation de l'environnement et la discrimination contre les femmes d'ici 2015.

63. Il a assuré le Comité que l'OMS s'attacherait à accélérer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et à intensifier les activités relatives aux déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé, y compris les systèmes de santé.

64. Le Dr Sambo a informé les délégués, qu'afin d'augmenter les chances de gagner la guerre contre les maladies et la pauvreté, l'OMS intensifiera son appui aux pays pour renforcer leurs systèmes nationaux de recherche en matière de santé pour qu'ils génèrent les évidences nécessaires à un développement sanitaire national efficace et équitable.

65. Il a déclaré que l'OMS intensifierait ses activités mondiales et régionales aussi bien avec ses partenaires de longue date comme l'UNICEF, la Banque mondiale et diverses institutions donatrices bilatérales, qu'avec de nouveaux partenaires comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et la paludisme. Le renforcement des partenariats entre l'OMS, les gouvernements et la société civile devrait se poursuivre car il est un facteur crucial pour réaliser les objectifs nationaux prioritaires en matière de santé, les objectifs du NEPAD et, en dernière alternative, les objectifs de développement du Millénaire dans le contexte de la santé pour tous.

66. Le Dr Sambo a déclaré que l'OMS était convaincu que la stratégie de la santé du NEPAD contribuerait à des réalisations encore plus grandes dans les programmes de santé prioritaires en cours déjà convenus par l'OMS et les Etats Membres. Il a informé le Comité que le Bureau régional avait fourni un appui technique au Secrétariat du NEPAD et avait facilité les interactions entre le Secrétariat du NEPAD et les ministères de la santé. On prévoit que des mesures importantes seront prises bientôt pour mettre en œuvre le programme de santé du NEPAD. L'OMS est déterminée à rationaliser ses partenariats pour appuyer les pays moyennant des activités complémentaires plutôt que des activités qui se chevauchent.

67. Grâce à l'initiative en faveur des pays de l'OMS et à l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays, on pourrait répondre aux besoins sanitaires spécifiques à tel ou tel pays, en consultation avec d'autres partenaires de développement et sous la direction des ministères de la santé.



68. Au nom du Secrétariat de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Sambo a félicité le Dr Jong-Wook Lee de son élection récente et de sa nomination en tant que Directeur général de l'OMS et réitéré l'engagement du Bureau régional aux activités de l'Organisation.

69. Le Dr Sambo a également rendu hommage au Directeur régional, le Dr Ebrahim Malick Samba, pour sa direction éclairée et exemplaire qui a galvanisé le travail de tout le Secrétariat pour promouvoir le mandat de l'OMS dans la Région africaine.

70. Enfin, au nom du Directeur régional, il a exprimé la plus profonde gratitude à tous les Etats Membres de la Région, et en particulier aux Ministres de la Santé, pour leur coopération sans faille et leur collaboration fructueuse à la poursuite d'un programme commun de développement sanitaire.

71. Les Etats Membres ont suggéré que, pour améliorer la qualité des futurs rapports du Directeur régional, les résultats obtenus soient comparés avec ceux de l'année précédente. Par ailleurs, il faudrait rendre compte non seulement des processus mis en œuvre et des apports fournis, mais aussi de l'impact.

72. Au sujet de la recherche ainsi que de la production et de la diffusion de bases factuelles, les délégués se sont félicités de la création d'une Revue africaine de santé publique. Cette revue ne pourra cependant être viable que si elle est assurée d'une équipe de rédaction solide et d'un soutien financier régulier et si elle fait l'objet de promotion de grande ampleur pour que soient soumis des articles de qualité.

73. Les Etats Membres ont formulé les recommandations suivantes : i) afin de déterminer les lacunes en matière de recherche, il faudra constituer un recueil régional des activités de recherche en santé financées par l'OMS et ses partenaires; ii) pour faciliter la mise en commun des expériences, l'OMS devrait répertorier les meilleures pratiques de santé publique, tel le projet sur l'orphelinat de Mutoko; iii) l'OMS devrait apporter aux pays un soutien technique pour l'élaboration des propositions de projet de recherche financement; iv) enfin, le Bureau régional devrait établir une liste des experts en santé et la communiquer aux pays.

74. Rappelant l'engagement pris par les Chefs d'Etat dans la Déclaration d'Abuja d'allouer au moins 15 % de leur budget national à la santé, le Comité a demandé à l'OMS de fournir aux Ministères de la Santé le soutien technique nécessaire au renforcement des moyens à mettre en œuvre pour le plaidoyer à investir davantage dans la santé conformément à l'engagement pris.

75. Enfin, les délégués ont demandé au Bureau régional d'établir un ensemble minimum d'indicateurs généraux susceptibles d'être utilisés pour suivre l'exécution des programmes dans les pays.

### **Développement des Systèmes et des Services de Santé**

76. Le Dr R. Chatora, Directeur de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé, a présenté cette partie du rapport annuel.

77. Il a informé le Comité que la division était chargée de trois domaines d'activité : *Organisation des services de santé (OSD)*, y compris le développement des systèmes et les ressources humaines; *Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (EDM)* y compris la médecine traditionnelle et *Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)*.

78. Le Dr Chatora a demandé instamment au Comité de tenir compte, pour son examen des systèmes de santé de la Région, de l'environnement dans lequel fonctionnent ces systèmes des points de vue de la situation macroéconomique, de la stabilité socio-politique qui sont des déterminants majeurs de la santé. Ils doivent aussi tenir compte des causes principales de maladie. Il a fait observer que le taux de croissance réel du PIB de l'Afrique était passé de 4,3 % en 2001 à 3,2 % en 2002 et que les dépenses de santé par habitant étaient très faibles. Au niveau des pays, la pauvreté augmente et la paix et la sécurité demeurent fragiles dans de nombreux pays.

79. Le domaine d'activité *Organisation des services de santé (OSD)* a appuyé sept pays pour l'examen de leurs politiques et plans stratégiques de santé. En collaboration avec le Siège, 18 Etats Membres ont reçu un appui pour entreprendre des enquêtes sanitaires mondiales. Des données ont été recueillies sur l'ampleur et les conséquences de la migration du personnel de santé qualifié dans six pays. Il est inquiétant de constater que, sauf dans deux des pays étudiés, plus de la moitié des personnels de santé ont dit avoir l'intention de partir. Les problèmes des ressources humaines pour la santé exigent des mesures urgentes et énergiques.



80. Le domaine d'activité *Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques* (EDM) a fourni un appui à deux pays pour l'élaboration de leur politique nationale pharmaceutique. Les réunions d'information tenues sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce (ADPIC) ont aidé les pays à utiliser certaines clauses de ces accords pour garantir l'accès aux médicaments, en particulier aux médicaments contre le VIH/SIDA, par exemple en favorisant la production locale. La Cinquante-deuxième session du Comité régionale a déclaré le 31 août la «Journée africaine de sensibilisation à la médecine traditionnelle» qui sera célébrée chaque année. Une étude pilote sur l'évaluation de la qualité des médicaments antipaludiques dans six pays a révélé des déficiences au niveau de la substance active et des profils de dissolution de deux médicaments dans presque tous les six pays ayant fait l'objet de l'étude.

81. Le domaine d'activité *Sécurité transfusionnelle et technologique clinique* (BCT) a distribué la Stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle aux 46 Etats Membres; 37 nouveaux responsables du contrôle de qualité ont été formés et sont maintenant opérationnels dans les pays; enfin, des bases régionales de données sur la sécurité transfusionnelle ont été créées. Un outil d'évaluation des laboratoires de santé a été mis au point et testé sur le terrain et un paquet minimum de services de laboratoire a été défini pour le niveau du district. Ces outils seront bientôt mis à la disposition des pays. L'OMS continuera de collaborer avec les pays pour garantir l'accès à des soins de qualité reposant sur l'utilisation efficiente des technologies sanitaires, y compris les techniques garantissant la sécurité transfusionnelle; l'accès régulier à des médicaments de qualité; leur utilisation rationnelle et la mise en place d'un système intégré efficace offrant un ensemble de prestations de santé adoptées aux besoins de la majorité de la population.

82. Ayant noté que l'accès à des médicaments de qualité en général et aux antirétroviraux en particulier était insuffisant, les Etats Membres ont demandé une aide pour que soit mis en place un mécanisme permettant une homologation adéquate des médicaments, l'inspection des unités de fabrication, des systèmes de distribution et l'analyse d'échantillons de médicaments à des fins de contrôle de la qualité.

83. Dans le contexte de la décentralisation, les pays ont estimé qu'il serait nécessaire de guider et d'aider les instances concernées aux échelons inférieurs à appliquer différentes approches comme la sous-traitance, la participation et l'autonomisation des communautés ainsi que les modalités de partenariats avec les donateurs et les ONG. Le Bureau régional a été prié de partager avec les pays des exemples de bonnes pratiques dans des domaines tels que les approches sectorielles élargies, les comptes nationaux de santé, la décentralisation, la dévolution des pouvoirs et la sous-traitance.

84. Le taux élevé de migration des ressources humaines pour la santé préoccupe vivement les pays, comme cela a été indiqué. Les Etats Membres ont noté que les acquis limités obtenus jusqu'ici seraient lourdement compromis si rien n'était fait. Ils ont demandé que soient effectuées de toute urgence une analyse de la situation et des interventions au niveau des pays et de l'Union africaine. De plus, il a été souligné que l'exode des cerveaux privait les systèmes de santé d'une partie de leur personnel formé et qualifié. Ils ont demandé que l'OMS adopte une résolution sur ce sujet et ont préconisé un renforcement et un élargissement du programme de bourses de l'OMS.

85. Les pays ont réaffirmé la pertinence des soins de santé primaires, mais ont noté que cela avait été considéré comme un acquis ou avait été oublié. Ils ont pris l'engagement de renforcer leurs réformes du secteur de santé en mettant de nouveau l'accent sur les soins de santé primaires. Ils ont demandé que soit examinée à l'occasion d'une réunion régionale la mise en œuvre des soins de santé primaires et que soient proposés des moyens d'améliorer la situation.

86. Plusieurs Etats Membres ont exposé leurs vues sur la part du budget à allouer à la santé : actuellement, la cible est de 15 % des dépenses publiques. Il a été noté que, même là où cette cible est atteinte, les fonds ainsi alloués sont encore loin des US\$ 34 par habitant recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé. La mise en place d'une assurance sociale a été proposée parmi les autres moyen de collecter davantage de fonds pour la santé.

87. Les membres du Secrétariat ont confirmé leur appui aux nombreuses propositions faites par les Ministres.

#### **Lutte contre les maladies transmissibles**

88. Le Dr A. Kaboré, Directeur, Division de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, a présenté cette section du rapport.



89. Il a informé le Comité que la Division comprenait sept domaines d'activité : *Maladies transmissibles : surveillance* (CSR); *Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte* (CPC); *Maladies transmissibles : recherche et développement* (CRD); *Paludisme* (MAL); *Tuberculose* (TUB); *VIH/SIDA* (HIV) et *Vaccination et mise au point de vaccins* (IVD).

90. En ce qui concerne le domaine d'activité *Maladies transmissibles : surveillance* (CSR), huit pays ont évalué leur système de surveillance et formulé des plans pour la surveillance, portant ainsi à 28 le nombre d'Etats Membres qui disposent de plans d'action pour la surveillance intégrée et la riposte, et à 20 le nombre de ceux qui sont en train de mettre en œuvre la stratégie de surveillance intégrée. Trente-trois laboratoires nationaux ont été mis en réseau et ont bénéficié de moyens de communication interne améliorés avec des services de lutte contre les épidémies. Ils ont également obtenu un appui pour la détection précoce des épidémies. Le centre de surveillance pluripathologies de Ouagadougou est maintenant opérationnel. Pour les années à venir, il sera nécessaire d'accélérer dans les Etats Membres la mise en œuvre de la surveillance intégrée.

91. En ce qui concerne le domaine d'activité *Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte* (CPC), l'incidence de la dracunculose a été réduite de 98 % et neuf pays ont lancé le processus d'éradication de cette maladie. Un appui a été accordé à trois pays où la prévalence de la lèpre reste supérieure à deux cas pour 10 000 habitants. Neuf pays ont bénéficié d'un appui qui leur a permis de procéder au traitement de masse de 900 000 personnes dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique. Au titre de la lutte contre le paludisme, la filariose lymphatique, la leishmaniose et la trypanosomiase, six pays ont

formé 325 membres du personnel de santé et agents de santé communautaires aux techniques de traitement des moustiquaires. Pour la prochaine période biennale, les efforts seront intensifiés en vue d'accélérer l'élimination de la lèpre et de la filariose lymphatique dans les pays touchés et d'éradiquer la dracunculose dans les pays endémiques restants.

92. En ce qui concerne le domaine d'activité *Maladies transmissibles : recherche et développement* (CRD), 18 pays où le paludisme est endémique ont mis au point 48 projets de recherche dont 21 sont en cours de mise en œuvre. Une base de données a été créée au Bureau régional pour le suivi de la recherche opérationnelle. Dans ce domaine d'activité, des efforts seront faits en 2003 pour identifier et adapter les remèdes traditionnels susceptibles d'être utilisés dans les structures sanitaires existantes.

93. En ce qui concerne le domaine d'activité *Paludisme* (MAL), 13 pays ont évalué la situation de la pharmacorésistance et cinq ont actualisé leur politique relative aux antipaludéens et au traitement du paludisme. Neuf pays ont bénéficié d'un appui pour améliorer la proportion d'enfants convenablement pris en charge, qui est passée de 30 % à 35 %. Cinq pays ont amélioré la proportion d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire traitée avec un insecticide (cette proportion est passée de 5 % à 10 %). Cinq pays ont mené des enquêtes de base pour la mise en œuvre du projet «Faire reculer le paludisme» et le Bureau régional a créé une base de données composite portant sur les principaux indicateurs de ce projet. Dans les années à venir, les efforts seront axés sur l'intensification des interventions de mise en œuvre, de supervision, de surveillance, de suivi et d'évaluation, et sur la promotion de l'utilisation par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes de moustiquaires traitées avec un insecticide.

94. En ce qui concerne le domaine d'activité *Tuberculose* (TUB), huit pays ont mis en œuvre leur plan stratégique pour l'extension de la stratégie du traitement de brève durée sous observation directe (DOTS). Treize pays ont reçu des subventions du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF) et dix pays ont bénéficié d'un appui pour développer les activités de traitement de la tuberculose à assise communautaire. Les huit pays ayant la charge la plus élevée de VIH/SIDA et de tuberculose ont préparé en collaboration des plans d'action pour la mise en place progressive des activités communes. Dans les années à venir, des efforts seront faits pour accroître le taux de détection de la tuberculose afin d'atteindre la cible mondiale de 70 % et pour continuer de promouvoir la stratégie DOTS.

95. En ce qui concerne le domaine d'activité *VIH/SIDA* (VIH), des lignes directrices pour le traitement et les soins, le dépistage et conseil volontaires ainsi que les services de laboratoire ont été élaborées et sont actuellement utilisées par quelques Etats Membres. Quatorze pays ont bénéficié d'un appui qui leur a permis de planifier et d'assurer des services de soins au niveau du district pour le dépistage et conseil volontaires, la lutte contre la transmission mère-enfant, la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles et la sécurité transfusionnelle. Cinq Etats Membres ont formulé des plans de santé sectoriels pour le VIH/SIDA et dix pays ont élaboré et utilisent désormais des ensembles d'interventions sanitaires contre le VIH/SIDA au niveau du district. Dans les années à venir, les efforts devraient être axés sur l'intensification des programmes de traitement et de soins, notamment sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV).



96. Dans le domaine d'activité «Vaccination et mise au point de vaccins (IVD)» à il a été élaboré douze modules de formation pour les cadres du niveau intermédiaire. Vingt et un pays ont reçu des fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins peu utilisés, vingt et un autres pour le financement des services de vaccination et dix pour la sécurité des injections. Le nombre des pays, où la poliomyélite est endémique, est passé de six en 2001 à trois en 2002. quarante-deux pays ont créé des comités nationaux d'experts en poliomyélite et des comités nationaux de certification. Sur les 16 laboratoires de la Région, 15 ont été accrédités en 2002 pour la lutte contre le virus de la poliomyélite. Un appui a été accordé à neuf pays pour la mise en œuvre d'activités supplémentaires de vaccination contre la rougeole et le tétanos néonatal. Dans les années à venir, les efforts seront orientés vers la mise à terme à la transmission du poliovirus sauvage dans les trois pays d'endémie restants.

97. On s'est vivement inquiété de ce que : i) seulement cinq Etats Membres disposent de plans sectoriels de santé pour le VIH/SIDA malgré l'importance de cette maladie; ii) les antirétroviraux continuent à être inaccessibles alors que l'épidémie de VIH se propage rapidement dans la Région. A cet égard, les délégués ont recommandé que le secrétariat et les Etats Membres militent vigoureusement pour que les antirétroviraux soient abordables et accessibles.

98. Les Etats Membres se sont plaint des problèmes que cause le paludisme. Ils suggèrent que l'élimination de la maladie passe par la lutte antivectorielle au moyen du DDT. Les Etats Membres ont demandé à l'OMS de leur fournir des informations techniques sur l'efficacité du DDT pour la lutte contre le paludisme.

99. S'agissant de la transmission transfrontalière des maladies, notamment de la poliomyélite, on a demandé à l'OMS de donner des conseils en matière de stratégie de lutte contre les maladies transmissibles.

100. Il a été fait état d'un besoin urgent d'études afin de déterminer pourquoi la prévalence de la tuberculose augmente dans certains pays qui utilisent déjà la stratégie DOTS, et de savoir si la révision des approches de lutte s'est faite sur la base des résultats de la recherche.

101. Les pays ont déploré le fait que l'on n'accorde pas à la lutte contre la trypanosomiose l'attention qu'elle mérite. En outre, les délégués se sont demandés pourquoi les Etats Membres visaient l'élimination plutôt que l'éradication de la lèpre. Il a été aussi demandé au Bureau régional de fournir plus d'informations sur le Centre de surveillance pluripathologies de Ouagadougou (Burkina Faso).

#### **Lutte contre les maladies non transmissibles**

102. Le Dr Kaboré, en l'absence du Directeur de la Division de Lutte contre les Maladies non transmissibles (NCD), a présenté cette partie du rapport.

103. Il a informé le Comité que la Division couvrait six domaines d'activité : Approche intégrée pour la surveillance, la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles (NCD); Tabac (TOB); Nutrition (NUT); Promotion de la santé (HPR); Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation (DPR); Santé mentale et toxicomanies (MNH).

104. Dans le domaine Approche intégrée pour la surveillance, la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles inclut l'approche STEPwise qui est un outil élaboré par l'OMS qui a été adopté par sept pays. Deux nouveaux centres pour le dépistage le suivi et la recherche du cancer du col de l'utérus ont été mis en place dans la Région. Grand nombre de professionnels ont été formés au dépistage du cancer du col et à la tenue des registres du cancer. La constitution d'une base de données régionales sur les maladies non transmissibles se poursuit activement. Les efforts déployés pour la mise en œuvre de la stratégie régionale NCD seront renforcés.

105. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les pays continuent à recevoir un appui direct. On a donné une nouvelle impulsion aux activités de lutte contre le noma. Grâce à une réunion consultative régionale sur l'opportunité d'une formation et d'une recherche en santé bucco-dentaire répondant aux besoins spécifiques de la Région africaine, 22 doyens de facultés d'odontologie et six directeurs d'école d'odontologie auxiliaire ont pu définir une nouvelle approche de la santé bucco-dentaire. On prévoit une plus grande mobilisation des ressources et davantage d'aide à la recherche.

106. Dans le cadre du domaine d'activité Nutrition, les pays ont continué à recevoir un appui pour l'adoption de politiques et plans d'action nationaux relatifs à l'alimentation et à la nutrition. Un atelier sur les carences en micronutriments a été tenu. Les évaluateurs de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 11 pays ont été formés. Trois pays ont été appuyés pour la collecte de données de référence sur les micronutriments et l'allaitement au sein. Un



grand nombre d'activités de formation à l'échelon des pays ont été soutenues. L'OMS a prêté son concours aux pays de l'Afrique australe qui font face à une crise alimentaire. Les partenariats avec d'autres donateurs (FAO, Banque mondiale, UNICEF) et la mobilisation de ressources seront renforcés.

107. Dans le cadre du domaine d'activités Promotion de la santé, on a organisé la formation des points focaux nationaux en planification et mise en œuvre d'activités de promotion de la santé. Cinq pays ont été appuyés pour passer en revue leurs politiques et programmes de promotion de la santé. Une réunion sur le rôle des partenaires au développement de la promotion de la santé a été organisée conjointement avec l'Union internationale pour la promotion et l'éducation sanitaires. Le Bureau régional a coordonné les activités de commémoration de la Journée mondiale de la santé dans les pays. Dans six pays, le démarrage du projet de santé scolaire a reçu un appui technique et financier du projet «Life». Neuf pays ont été supportés pour évaluer les activités du projet Ecoles santé.

108. S'agissant du domaine d'activités Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation, un document intitulé « Prévention des traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et programme d'action » a été préparé. Le Bureau régional a diffusé largement le Rapport sur la violence dans le monde et aidé quelques Etats Membres à organiser des cérémonies nationales de lancement. Deux pays ont reçu un appui pour mettre en place des systèmes de surveillance des traumatismes et de la violence. Un atelier de formation sur les services de réadaptation communautaire a été organisé pour huit pays. Six pays ont reçu une aide pour réaliser une analyse de situations concernant les déficiences

auditives et la cécité. Les activités de promotion et de soutien de la prévention et de la surveillance des traumatismes dans la Région se poursuivront.

109. Eu égard au domaine d'activité Santé mentale, la mise en œuvre de la Campagne mondiale contre l'épilepsie a été étendue à 17 pays francophones. Un appui technique a été fourni à certains Etats Membres pour la formulation ou la révision de leurs politiques et plans nationaux de santé mentale. Des experts de 12 pays ont été formés à l'épidémiologie de la toxicomanie. Enfin, de nombreux experts africains ont été formés à la formulation de politiques et à la mise en place de services de santé mentale.

110. Pour ce qui est du domaine d'activité Tabac, presque tous les pays ont participé aux négociations inter-gouvernementales concernant la Convention cadre pour la lutte anti-tabac. Notre Région a joué un rôle prédominant dans la formulation d'un texte de convention réaliste et pertinent. Des pays de la Région ont organisé et tenu deux réunions préparatoires de consensus en Côte d'Ivoire et au Malawi. Cinq pays ont été appuyés pour l'élaboration de politiques générales de lutte anti-tabac pendant la période considérée. Des experts de 13 autres pays ont été formés à la manière de mener l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et 10 pays ont reçu une formation en analyse des résultats et l'établissement de rapports. L'adoption de la Convention cadre devrait contribuer à accélérer la lutte contre le tabagisme dans la Région.

111. S'agissant de la Toxicomanie, le Bureau régional a contribué activement à la première Conférence ministérielle sur la lutte contre la toxicomanie en Afrique qui s'est tenue à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). Les pays participants de l'Union Africaine ont élaboré et

adopté un plan d'action qui inclut la lutte contre l'alcoolisme. Un atelier de formation des formateurs sur l'épidémiologie de la toxicomanie active a été organisé pour les professionnels de 12 pays.

112. Etant donné les incidences nutritionnelles du VIH/SIDA et les niveaux élevés de malnutrition dus à l'insécurité alimentaire, il convient d'accorder à la nutrition la priorité qui lui revient.

113. Les Etats Membres se sont dits préoccupés par le manque d'attention accordée aux accidents de la route alors qu'ils sont une cause principale de traumatismes et de décès. Ils ont demandé à l'OMS de promouvoir vigoureusement une approche multisectorielle de la sécurité routière.

#### **Santé de la famille et santé génésique**

114. Le Dr D. Oluwole, Directeur de la division Santé de la famille et santé génésique, a présenté cette partie du rapport.

115. Elle a informé le Comité régional que la Division était responsable de quatre domaines d'activités : Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH) avec deux programmes : Santé et développement de l'enfant et santé de l'adolescent; Recherche et développement de programmes en santé génésique (RHR) avec trois programmes : Recherche en santé génésique, formation en santé génésique, et transmission mère-enfant du VIH/SIDA; Initiative pour une grossesse à moindre risque (MPS) responsable de la mise en œuvre de



l'initiative santé maternelle et maternité sans risque; Santé et développement de la femme (WMH) avec deux programmes : Santé et développement de la femme et aspects sociaux de la santé de la famille et de la santé génésique.

116. Concernant la Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH), un appui a été fourni pour renforcer les services de santé néonatale moyennant la formation et l'achat d'équipements et de fournitures, l'élaboration et la diffusion en trois langues de la brochure « Nouveau-nés de l'Afrique : enfants oubliés », l'évaluation des programmes CAH dans six pays; l'analyse et la révision des politiques et programmes nationaux ADH. Les efforts de renforcement des capacités comprenaient la formation des ONG s'occupant des enfants des rues, l'élaboration de projets intégrés ADH sur la santé sexuelle et génésique, STI/VIH/SIDA et toxicomanie, et application de la Convention sur les droits de l'enfant dans les programmes CAH. Les outils qui ont été mis au point comprennent le Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie régionale ADH et un module d'information sur la santé et le développement de l'adolescent. Depuis l'adoption de la stratégie ADH en 2001, 34 pays ont élaboré ou révisé leur programme national.

117. Dans le cadre du domaine d'activités Recherche et élaboration des programmes en santé génésique (RHR), on a organisé une réunion régionale des directeurs de programmes RH, établi le groupe spécial régional en santé génésique et organisé sa première réunion, établi une base de données régionales RH et la cartographie des pourcentages de mortalité maternelle dans la Région, appuyé les pays en matière d'intégration des interventions STI dans les services RH et la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus par inspection visuelle, à l'aide de l'acide acétique, aidé les pays à mener des

activités de recherche et à renforcer les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, et évalué le projet d'appui psychosocial à l'intention des femmes séropositives et de leur famille au Zimbabwe.

118. S'agissant du domaine d'activité « Pour une grossesse à moindre risque », les efforts consentis ont porté sur : la diffusion d'instruments et de lignes directrices pour déterminer les décès maternels intitulées « Au-delà des chiffres », la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, l'additif africain au manuel de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, le cadre pour la promotion et la mise en œuvre des interventions communautaires, les instruments de plaidoyer régionaux et nationaux sur le modèle « REDUCE ». Un appui a été fourni aux pays pour renforcer leur système de santé moyennant le renforcement de capacités, l'achat d'équipements, la mise en place de réseaux anglophone et francophone pour l'intégration de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte dans les services RH, le renforcement des initiatives communautaires, y compris les ambulances des communautaires, et la création de comités de gestion communautaire et des régimes d'assurance de soins de santé maternelle basés sur le partage des coûts.

119. Pour ce qui est du domaine d'activité "Santé et développement de la femme", des profils nationaux relatifs à la santé et au développement de la femme ont été établis dans 18 pays en faisant ressortir les différences qui existent entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la recherche de soins de santé, l'accès à des services de santé de qualité et la capacité d'achat. La stratégie régionale WMH a été ébauchée et révisée, un cadre conceptuel portant sur le genre, la santé et le développement a été présenté à la vingt-neuvième Réunion régionale du Programme pour promouvoir l'intégration de la problématique homme-femme

dans les activités de l'OMS. La politique de l'OMS en matière de genre a été diffusée dans les pays. S'agissant de l'élimination des mutilations sexuelles féminines (MSF) et d'autres pratiques traditionnelles néfastes, on a fait état de deux réalisations majeures : la création d'un groupe de collaboration multidisciplinaire sur les MSF dans 10 pays et l'établissement d'une base de données régionales sur WMH/MSF pour la collecte, la compilation et l'analyse des données de pays.

120. En 2003, l'accent sera mis en œuvre au niveau des pays avec documentation, diffusion et reproduction des meilleures pratique, de meilleurs partenariats et une meilleure mobilisation des ressources pour les programmes de santé génésique.

121. Au cours du débat qui a suivi, des inquiétudes ont été exprimées face au taux élevé de mortalité maternelle dans la Région, et il a été souligné que l'éducation des fillettes était sans doute l'une des meilleures stratégies pour réduire le nombre des décès maternels. Etant donné la forte mortalité parmi les nouveaux nés dans la Région, il a été demandé à l'OMS de donner des avis techniques aux Etats Membres pour qu'ils renforcent la composante «soins aux nouveau-né» de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque.

122. En raison de la montée du problème des toxicomanies parmi les jeunes, notamment les enfants des rues, l'OMS a été invitée à fournir un appui aux pays pour qu'ils puissent mettre sur pied des programmes spéciaux de prévention et de réadaptation.



123. Un appui a été demandé pour la mise en place d'audits de la mortalité maternelle en vue d'améliorer la qualité des soins dans les pays. Il est important de mener des interventions multidisciplinaires et multisectorielles dans le domaine de la santé maternelle et infantile si l'on veut atteindre les objectifs fixés. Une demande d'aide spécifique a été formulée en vue d'inverser la tendance à la hausse des taux de mortalité maternelle dans les pays.

### **Milieux favorables à la santé et développement durable**

124. Le Dr E. Anikpo-Ntame, Directeur, Division des Milieux favorables à la Santé et du Développement durable, a présenté cette partie du rapport.

125. Elle a mis l'accent sur les liens qui existent entre pauvreté, environnement, alimentation et santé ainsi qu'entre santé et développement humain, d'où la nécessité de s'attaquer à ces déterminants de la santé. L'OMS a relevé ce défi en créant les domaines d'activités suivants : *Développement durable* (HSD), *Santé et environnement* (PHE), *Salubrité des aliments* (FOS) et *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours* (EHA).

126. Au titre du domaine d'activité *Développement durable* (HSD), le Bureau régional a mis au point la stratégie sur la réduction de la pauvreté et la santé qui a été approuvée par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session. Plusieurs réunions ont été organisées, notamment la réunion annuelle du Comité consultatif africain sur la pauvreté et la santé ainsi que quatre stages nationaux sur le développement sanitaire à long terme (LHD). L'unité a contribué à la préparation du module de formation concernant la pauvreté et la santé et a mis au point un module sur l'approche LHD. Un appui technique a également été fourni à divers

pays en matière de développement communautaire et de LHD. Le Bureau régional continuera à renforcer les capacités des pays pour qu'ils puissent relever les défis à long terme auxquels le secteur de la santé est confronté et à intégrer une dimension « pauvreté » dans les orientations et programmes sanitaires.

127. Au titre du domaine d'activité *Santé et environnement* (HPE), il a été élaborée la stratégie régionale de la santé et de l'environnement qui a été adoptée par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session. Une réunion a été organisée pour les points focaux chargés de la santé et de l'environnement dans les bureaux de pays et l'on a entamé la préparation d'un module de formation sur l'évaluation des risques liés à l'environnement. L'aptitude des pays à mettre en œuvre des programmes de salubrité de l'environnement a été renforcée, par exemple au Burundi. Des projets «Villes – Santé» ont été entrepris ou poursuivis dans divers pays, notamment en Tanzanie. Le Bureau régional a entamé des discussions avec l'Organisation internationale du Travail (OIT) quant à la possibilité de mettre en place des actions conjointes OMS/OIT pour la santé des travailleurs, et il a par ailleurs entamé un processus visant à soutenir les universités du Bénin et du Cap pour qu'elles puissent faire fonction de centres collaborateurs de l'OMS. Une enquête et des activités de formation régionales ont été menées. Le Bureau régional concentrera ses efforts sur la santé des travailleurs, les problèmes de santé des enfants liés à l'environnement et les modalités de mise en œuvre de la stratégie régionale de la santé et de l'environnement.

128. Au titre du domaine d'activité *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours* (EHA), le Bureau régional a coordonné l'aide humanitaire lors des situations d'urgence survenues en République démocratique du Congo. Il a fourni un appui à la Guinée

en vue de la prévention et de la prise en charge des actes de violence – violence sexuelle en particulier à Kissidougou. Une assistance technique, des trousse de secours d'urgence, des vaccins, des médicaments et du matériel médical ont été fournis à un certain nombre de pays : tels Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée et Mali. Le bureau régional d'appui pour la coordination inter-institutions qui s'occupe de la crise humanitaire dans les pays d'Afrique australe a été renforcé. Certains pays ont reçu une aide pour mieux se préparer aux situations d'urgence, notamment le Cameroun et la Guinée. Le Bureau régional continuera à jouer un rôle de premier plan pour coordonner l'organisation des secours assuré par le secteur de la santé et la préparation aux situations d'urgence.

129. Au titre du domaine d'activité *Salubrité des aliments* (FOS), une enquête régionale a été faite à ce sujet et un atelier de sensibilisation a été organisé à Bamako. Le site internet du Bureau régional a été remanié pour présenter des informations sur la salubrité des aliments. Grâce à ces efforts, les Etats Membres ont commencé à réagir de manière positive à la nécessité d'améliorer la salubrité des aliments. Le Botswana a organisé des ateliers dans six communautés pour les sensibiliser à cette question et le Kenya a mis au point des instruments de surveillance alimentaire. Le Bureau régional entend renforcer plus encore les compétences des pays à la surveillance des maladies d'origine alimentaire et à élaborer des normes et des textes législatifs en la matière.



130. Pour s'attaquer réellement à la question de la salubrité des aliments, il est indispensable d'adopter une approche multisectorielle, de mieux sensibiliser le grand public et de renforcer les aspects relatifs aux inspections alimentaires. L'OMS a été invitée à donner des orientations aux pays sur les organismes génétiquement modifiés (OGM) entrant dans la composition des aliments.

131. Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

- a) les Etats Membres devraient adopter une approche multisectorielle du développement sanitaire;
- b) l'OMS devrait fournir une aide technique aux pays pour qu'ils procèdent à des analyses dans le domaine de la macro-économie et de la santé, en vue de repérer des interventions rentables;
- c) pour pouvoir mener à temps les interventions appropriées en cas de situation d'urgence humanitaire, l'OMS devrait mettre en place des structures sous-régionales dotées des installations nécessaires pour agir rapidement;
- d) l'OMS devrait donner des orientations face aux problèmes de santé publique liés à la pollution apparus dans le sillage de l'industrialisation rapide.

**Administration et finances**

132. M. B. Chandra, Directeur, Division de l'Administration et des Finances a présenté cette partie du rapport.

133. Il a informé le Comité que la division s'occupe de trois domaines d'activité, à savoir *Ressources humaines, Gestion financière et Informatique et infrastructure*.

134. Le domaine d'activités **Ressources humaines** a été axé sur le renforcement de l'unité des ressources humaines en terme d'effectif et de matériel, la mise en place d'une nouvelle procédure de mise à l'essai des personnels temporaires d'appui avant leur recrutement ainsi que la formation des fonctionnaires d'administration et des assistants administratifs à la gestion du personnel et, enfin, la mise au point des procédures administratives et financières. De plus, des séances d'information ont été organisées sur le nouveau système d'évaluation de la performance des personnels. A l'avenir, ce domaine d'activité privilégiera la mise en œuvre de systèmes et pratiques modernes de gestion de ressources humaines pour faire face aux besoins actuels et futurs de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine.

135. Dans le domaine de la *Gestion financière*, le processus de décentralisation des fonctions de gestion financière a été élargi pour inclure les divisions techniques. Une formation en gestion financière a été donnée aux fonctionnaires et aux assistants d'administration des bureaux des pays. Pour aider à mettre en œuvre le budget programme régional, des rapports sur la mise en œuvre du budget ont été régulièrement communiqués aux divisions et aux bureaux de pays, et des tableaux budgétaires ont été préparés pour le budget programme 2004-2005. Les enjeux actuels sont de continuer à fournir un appui administratif et financier

aux bureaux de Harare et de Brazzaville et de renforcer les contrôles et la fonction de surveillance exercés par l'unité du budget et des finances.

136. Au titre du domaine d'activité *Informatique et infrastructure*, l'une des principales activités a consisté à assurer le bon fonctionnement des bureaux de Harare et de Brazzaville, après le rapatriement du Bureau régional à Brazzaville. A cet égard, du personnel et du matériel ont été transférés sans problème de Harare à Brazzaville ; des améliorations majeures ont été apportées aux locaux à usage de bureau de Brazzaville ; les locaux à usage de bureaux de Highlands, à Harare, ont été rénovés ; enfin, les infrastructures d'information et de communication ont été améliorées tant à Harare qu'à Brazzaville. Le système OMS de gestion des activités (AMS) et le système d'information comptable et financier du Bureau régional (RO/AFI) ont été rendus pleinement opérationnels, et l'on a entrepris un projet visant à connecter les bureaux des pays. En matière d'appui logistique, une aide a été fournie en temps voulu grâce à l'acquisition au meilleur prix de biens et de services, au choix de modalités de voyage rentables et au bon déroulement des réunions. Mise à part la poursuite de l'appui logistique et de l'entretien des locaux du Bureau régional, il est notamment prévu d'introduire un nouveau système global d'achats, de renforcer les infrastructures de communication dans la Région et de développer le plus possible la rentabilité des services fournis.

137. Etant donné les difficultés rencontrées par les petits pays de la Région pour acquérir des produits pharmaceutiques et autres, l'OMS a été priée d'apporter une aide pour les achats en gros effectués par des pays aux frontières communes.



138. Il a été demandé pourquoi les locaux à usage de bureaux avaient été agrandis à Harare alors même que le Bureau régional avait officiellement réintégré Brazzaville.

139. Expliquant la situation, le Directeur régional a rappelé que le Comité avait pris la décision de rapatrier le Bureau régional à Brazzaville. Il a informé les délégués qu'avant la guerre il y avait environ 250 membres du personnel au Bureau régional – effectif qui a doublé depuis le transfert à Harare. Trois cent membres du personnel sont déjà revenus à Brazzaville. A mesure que des locaux à usage de bureaux et d'habitation seront disponibles dans cette ville, le personnel encore présent à Harare sera transféré à Brazzaville.

#### **Adoption du Rapport annuel**

140. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il figure dans le document AFR/RC53/2 en prenant en compte les informations additionnelles et les commentaires faits les délégués.

#### **CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (documents AFR/RC53/3, AFR/RC53/4 et AFR/RC53/5)**

141. Le Dr L.G. Sambo du Secrétariat a présenté les documents relatifs aux points 7.1, 7.2 et 7.3 de l'ordre du jour. Il a invité le Comité à examiner ces documents et à émettre un avis sur : i) les stratégies proposées pour la mise en œuvre des diverses résolutions présentant un intérêt pour la Région africaine qui ont été adoptées par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et la cent onzième session du Conseil exécutif; ii) les implications régionales des ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif et de la

Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, et iii) la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

**Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC53/3)**

142. Le document a fait ressortir les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et la cent onzième session du Conseil exécutif.

Celles-ci comprennent :

- a) la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (WHA56.1)
- b) la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire (WHA56.5)
- c) Fonds immobilier : Bureau régional de l'Afrique (WHA56.14)
- d) Ressources humaines : parité entre les sexes (WHA56.17)
- e) Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde (WHA56.20)
- f) Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (WHA56.21)
- g) Mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* (WHA56.24)
- h) Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé (WHA56.25)
- i) Élimination de la cécité évitable (WHA56.26)

- j) Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (WHA56.27)
- k) Médecine traditionnelle (WHA56.31)

143. Le rapport ne reprend que les paragraphes pertinents des résolutions. Pour chaque résolution sont indiquées les mesures déjà prises ou prévues.

144. Le Comité a été invité à examiner et commenter les stratégies proposées pour la mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional et à fournir des lignes directrices pour leur mise en œuvre.

145. S'agissant de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (WHA56.1), les délégués ont fait part de leurs doutes quant à la disponibilité et à l'échéancier des fonds promis aux pays pour leur permettre de passer progressivement à des cultures de substitution. Etant entendu que d'autres secteurs doivent participer à la mise en pratique de la Convention, les délégués ont demandé à l'OMS d'élaborer des lignes directrices pour sa mise en œuvre. Une formation de formateurs à l'échelon régional devrait être organisée pour tous les pays, notamment, ceux ayant besoin d'élaborer une législation. L'Afrique du Sud a proposé d'accueillir en novembre 2003 une réunion sur le thème «Pour une stratégie de lutte antitabac pour l'Afrique».

146. Répondant aux délégués, le Directeur régional a reconnu l'engagement pris par les Etats Membres de mettre en œuvre la Convention; toutefois, il a fait savoir aux délégués que le financement des cultures de remplacement était toujours incertain. Il a invité les pays à participer à la réunion qui doit se tenir en Afrique du Sud.



147. S'agissant de la résolution WHA56.5 : Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP) : vingt-cinquième anniversaire, les délégués ont relevé son importance et préconisé qu'elle soit vue dans le contexte plus vaste de la stratégie de la santé pour tous et du plaidoyer à l'intention des décideurs politiques et des partenaires pour le développement. Ils ont recommandé que soit faite une évaluation de l'impact des soins de santé primaires dans chaque pays et que le rapport de synthèse final soit largement diffusé. Ils ont souligné la nécessité d'actualiser les stratégies, étant donné l'existence de nouveaux problèmes sanitaires comme le VIH/SIDA de même que la nécessité de mobiliser davantage de ressources pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Il a été proposé que les fonds dégagés par l'allègement de la dette soient utilisés pour améliorer les soins de santé primaires ainsi que pour renforcer le système d'orientation/recours et la participation communautaire. L'Afrique du Sud a proposé d'accueillir les festivités à l'occasion du 25<sup>ème</sup> anniversaire d'Alma-Ata, une fois que les dates auront été indiquées.

148. S'agissant de la résolution WHA56.17 sur les ressources humaines : parité entre les sexes, les délégués se sont félicités des efforts déployés par l'OMS en ce qui concerne cette question, mais ils ont recommandé qu'au moins 30 % des professionnels sélectionnés pour des postes soient des femmes. Etant donné que les femmes représentent plus de 50 % de la population des pays de la Région, les Etats Membres ont été invités à promouvoir l'éducation des jeunes filles – qui est la condition préalable à la parité des sexes dans le secteur de la santé tout comme dans d'autres secteurs et dans les organes décisionnels.

149. S'agissant de la résolution WHA56.20 sur la réduction de la mortalité par rougeole dans le monde, les délégués ont souligné l'importance de la collaboration transfrontalière, pour les campagnes de vaccination, l'appropriation communautaire, l'amélioration de la surveillance, les recherches visant à élucider les raisons des décès et complications causées par la rougeole chez les enfants vaccinés, de même que l'importance de l'accroissement des ressources pour des activités de mobilisation sociale. Il a été demandé qu'un intérêt particulier soit accordé aux programmes destinés aux pays en conflit et aux réfugiés. Le Directeur régional a indiqué aux délégués que le financement de la lutte contre la rougeole était inférieur à celui de la lutte antipoliomyélitique; cependant le plaidoyer pour le financement de l'action antirougeoleuse sera poursuivi. L'OMS est consciente des nouvelles contraintes auxquelles les pays sont confrontés et s'efforcera d'aider les Etats Membres.

150. S'agissant de la résolution WHA56.21 relative à la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, les délégués ont souligné la nécessité de mobiliser davantage de fonds pour une mise en œuvre harmonieuse.

151. S'agissant de la résolution WHA56.25 sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, les délégués ont recommandé que le plaidoyer de l'OMS intervienne à l'échelon décisionnel le plus élevé des Etats Membres, de manière à faciliter la mise en œuvre.

152. Au sujet de la résolution WHA56.26 relative à l'élimination de la cécité évitable, les délégués ont demandé à l'OMS de renforcer les capacités et de sensibiliser les gouvernements à la nécessité d'accroître le budget alloué à ce programme et de fournir une assistance technique pour la recherche et la surveillance.

153. Au sujet de la résolution WHA56.27 relative aux droits de propriété intellectuelle, à l'innovation et à la santé publique, les délégués ont prié le Secrétariat et les Etats Membres de continuer à améliorer l'accès aux médicaments génériques abordables pour des raisons éthiques et humanitaires.

154. Au sujet de la résolution WHA56.31 relative à la médecine traditionnelle, les délégués ont rappelé que trois années s'étaient écoulées depuis que l'Organisation de l'Unité Africaine avait proclamé la «Décennie internationale de la médecine traditionnelle» et ils ont recommandé que l'OMS convoque une réunion interpays pour sensibiliser l'opinion à la question et faire le point des progrès accomplis.

**Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-quatrième session du Comité régional (document AFR/RC53/4)**

155. Ce document contient les projets d'ordre du jour provisoire de la cent-treizième session du Conseil exécutif, qui aura lieu en janvier 2004, et de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, prévue pour mai 2004, ainsi que le projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante-quatrième session du Comité régional qui doit se tenir à Brazzaville en septembre 2004.



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

157. Les points suivants sont inscrits aux ordres du jour de ces trois Organes directeurs de l'OMS :

- a) VIH/SIDA
- b) Promotion de la santé et modes de vie sains
- c) Qualité et innocuité des médicaments, y compris des produits sanguins
- d) Systèmes de santé, y compris soins de santé primaires
- e) Influence de la pauvreté sur la santé
- f) Ressources humaines
- g) Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- h) Eradication de la poliomyélite

158. Le Comité a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquante-quatrième session et à décider des questions à recommander à la cent-treizième session du Conseil exécutif et à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

**Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé**  
(document AFR/RC53/5)

159. Ce document est destiné à faciliter les travaux des Etats Membres à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives à la méthode de travail et à la durée de l'Assemblée.

160. Le Comité régional a examiné le document et donné son avis sur les projets de décision de procédure. Les recommandations seront transmises au Directeur général.

161. Les délégués ont convenu de revoir la méthode de nomination des membres du Conseil exécutif en fonction des groupements sous-régionaux et ils ont créé une équipe spéciale chargée d'examiner et de proposer l'adoption de nouveaux critères pour la désignation des pays sur une base sous-régionale. Cette équipe spéciale, composée de quatre représentants d'Etats Membres appartenant à quatre sous-régions différentes et secondée par un membre du Secrétariat de l'OMS, présentera un rapport préliminaire aux Ministres africains de la Santé au cours de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Il conviendrait de s'attacher en particulier à définir les sous-régions et à assurer la participation des pays qui n'entrent pas dans un groupement sous-régional.

162. Le Comité a fait part de ses réserves quant à la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé et a proposé que l'ordre du jour soit adapté au temps alloué.

**Evaluation de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 – Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire (document AFR/RC53/14)**

163. M. B. Chandra a présenté le document AFR/RC53/14. Il a rappelé au Comité, qu'en 1998, l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté la résolution WHA51.31 recommandant que les allocations nationales, interpays et régionales de crédits du budget ordinaire se fondent pour l'essentiel sur un modèle qui :

- a) s'inspire de l'indicateur du développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement, éventuellement ajusté en fonction de la couverture vaccinale;
- b) prenne en compte les statistiques démographiques des pays calculés selon des méthodes généralement acceptées, comme le «lissage logarithmique»;
- c) puisse être appliqué progressivement de sorte que les réductions appliquées à une Région quelle qu'elle soit n'excèdent pas 3 % et s'étendent sur trois exercices biennaux.

164. Il a informé le Comité que le document AFR/RC53/14 était destiné à fournir aux comités régionaux des informations sur les incidences financières de la mise en œuvre de la résolution dans chacune des six Régions de l'OMS.



165. Les délégués sont convenus de remercier le Directeur général, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé pour cette résolution et ont ajouté que les fonds en question auraient un impact sur les besoins sanitaires des populations de la Région africaine. Ils ont suggéré que la décision soit mise en œuvre dans les meilleurs délais de manière à faciliter l'évaluation du modèle conformément au paragraphe 4 du dispositif de la résolution WHA51.31.

#### **RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (Document AFR/RC53/7)**

166. Le professeur Pierre-André Kombila-Koumba, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Il a signalé que 10 des 12 Membres du Sous-Comité ainsi que les membres du Conseil Exécutif représentant le Gabon et la Gambie avaient participé aux travaux du Sous-Comité qui s'est réuni à Brazzaville du 17 au 20 juin 2003. Le Vice-Président du Conseil consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaires avait également pris part à la réunion.

167. Il a informé le Comité que le Secrétariat avait dûment incorporé les commentaires et les propositions spécifiques du Sous-Comité dans les documents révisés présentés au Comité régional pour adoption.

168. Le Professeur Kombila-Koumba a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

**Macroéconomie et santé : l'avenir dans la Région africaine**  
(document AFR/RC53/8 Rév.1)

169. Le Professeur Kombila-Koumba a rappelé qu'en décembre 2001, la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) avait révélé que la mauvaise santé contribue de manière significative à la pauvreté et à la faible croissance économique; quelques pathologies sont en grande partie responsables de la forte proportion de mauvaise santé et de décès prématurés; un accroissement sensible du recours à des interventions rentables pour s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires est susceptible de sauver annuellement des millions de vies dans la Région.

170. Il a informé le Comité que le Sous-Comité du Programme avait pris bonne note de la recommandation impérieuse de la CMS, demandant un accroissement substantiel des investissements nationaux et de ceux des bailleurs de fonds en faveur d'un système « à proximité du client » afin de favoriser un élargissement significatif de la couverture des interventions sanitaires en faveur des pauvres.

171. Il a expliqué qu'afin de faciliter l'intensification des investissements sanitaires en faveur des pauvres suggérée par la CMS, le document AFR/RC53/8 a proposé les étapes génériques suivantes :

- l'édification d'un consensus sur la pertinence des conclusions et des recommandations de la CMS au niveau des pays; la conclusion d'arrangements institutionnels pour faciliter la mise en œuvre des recommandations de la CMS dans les pays;

- l'analyse de la situation et l'élaboration d'un plan stratégique pour les investissements dans le domaine de la santé; l'élaboration de directives sur la manière de combler les insuffisances de dépenses;
- la révision des plans de développement du secteur de la santé et des secteurs connexes ainsi que les éléments correspondants des Documents de Stratégie de Réduction de la pauvreté;
- la mise en œuvre de plans stratégiques pluriannuels par les principaux Ministères et agences; la surveillance, l'évaluation et le compte rendus.

172. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC53/8 Rév.1 ainsi que le projet de résolution AFR/RC53/WP/1.

173. Tous les participants ont reconnu la pertinence et l'opportunité du document sur la Macroéconomie et la Santé, qui coïncide avec d'autres Initiatives mondiales. Il a été proposé que les Etats Membres suivent une approche étape par étape pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission, à savoir :

- a) chaque pays devrait atteindre un consensus au sein du Ministère de la Santé à propos des recommandations de la CMS avant d'impliquer les autres parties intéressées dans le processus;



- b) chaque pays devrait impliquer les parties intéressées, y compris d'autres secteurs pertinents et d'autres partenaires au développement;
- c) le programme d'action de la CMS devrait être discuté et approuvé par les cabinets nationaux.

174. Les délégués ont indiqué qu'il était nécessaire d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de la prévalence et de la sévérité accrues de la pauvreté dans la Région africaine. Ils attribuent cette situation : aux programmes d'ajustement structurels qui ont été souvent mis en œuvre sans leur donner un visage humain à la mondialisation qui a entraîné jusqu'à la privatisation des services sociaux; à l'introduction de programmes ayant recours à la participation financière des usagers, qui sont largement payés par les pauvres; à la pandémie du VIH/SIDA; à l'accroissement des coûts des soins de santé puisque les pays n'ont aucun contrôle sur la fixation des prix des médicaments, des matériels médicaux, etc. Pour relever ces défis, les délégués ont recommandé : le renforcement de l'intégration économique régionale; l'abord plus sérieux du problème de l'accès aux soins par les personnes vivant avec le VIH/SIDA et plus particulièrement par le recours aux médicaments antirétroviraux; un lobbying énergique pour l'annulation de la dette et pour l'allocation au secteur de la santé de la majorité des fonds donnés aux pays pauvres les plus lourdement endettés.

175. Le Comité a fait un certain nombre de propositions pour améliorer le document :

- a) Il y a d'autres défis à relever en ce qui concerne les ressources humaines, en plus de la fuite des cerveaux, contrairement à ce qui est dit au paragraphe 16 (e);

- b) Le rapport devrait comprendre une analyse des autres initiatives macroéconomiques régionales;
- c) Tout en reconnaissant la relation qui existe entre la macroéconomie et la santé, il est important de garder à l'esprit que l'intensification des interventions devra se faire au sein des systèmes de santé.

176. Les délégués ont estimé que les responsabilités supplémentaires que l'OMS devrait assumer doivent comprendre :

- i) l'élaboration d'un ensemble minimal d'indicateurs pour la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'investissements pluriannuels dans domaine de la santé;
- ii) la fourniture d'un appui technique et financier catalytiques aux Etats Membres ayant l'intention d'élaborer des plans de mise en œuvre du plan d'action de la Commission;
- iii) l'appui aux pays afin qu'ils entreprennent des études macroéconomiques pour la revue des dépenses en santé publique et sur l'impact des investissements en santé sur le développement socioéconomique;

- iv) le plaidoyer auprès des Institutions de Bretton Woods (Banque mondiale et Fonds monétaire international) et d'autres agences des Nations Unies pour intensifier les investissements sanitaires, comme le recommande la C MS.

177. Les Etats membres ont également recommandé ce qui suit : quel que soit l'appui provenant des différents partenaires, les gouvernements devraient toujours piloter le processus du développement sanitaire; les Etats Membres devraient reconnaître le rôle essentiel des médias dans le plaidoyer pour l'accroissement des investissements en santé.

178. Les Etats Membres ont proposé de déterminer les priorités en ce qui concerne les étapes recommandées dans le document. La première priorité consisterait à améliorer le statut accordé à la santé en tant que déterminant des stratégies du développement socio-économique et de réduction de la pauvreté. A cet égard, les Ministres de la santé devraient assurer un plaidoyer plus vigoureux auprès des autres secteurs pertinents (par exemple les Finances et le Plan) pour l'accroissement des investissements en santé. Le Comité a recommandé que – l'OMS et les Etats Membres plaident également en faveur de l'organisation d'une session extraordinaire des Nations Unies sur la macroéconomie et santé; le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique prenne des contacts avec la Commission de l'Union africaine pour adopter la stratégie proposée sur la macroéconomie et la santé ; les Ministres de la santé fassent preuve d'un engagement accru en améliorant l'état de santé des populations; qu'on présente un rapport annuel sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie sur la macroéconomie et la santé; que l'OMS appuie les pays à institutionnaliser ou à renforcer les comptes nationaux pour la santé.



179. Les pays devraient respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etats, d'allouer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé. Cependant, les Etats Membres reconnaissent que certains pays pourraient avoir des difficultés à honorer un tel engagement, vu les conditions macroéconomiques défavorables qui prévalent. A cet égard, l'OMS devrait fournir un appui technique aux Etats Membres pour leur permettre de définir une stratégie régionale de mobilisation des ressources pour la santé. L'OMS et les Etats Membres devraient plaider énergiquement auprès des agences donatrices bilatérales et multilatérales pour obtenir des conditions spéciales de financement du secteur de la santé, en particulier pendant les situations d'urgence humanitaire.

180. Le Comité a proposé qu'on inscrive la question de l'assurance maladie dans les pays à l'ordre du jour de la 44<sup>ème</sup> session du Comité régional (RC54).

181. Le Directeur régional a remercié le Comité d'avoir non seulement reconnu la relation entre la santé et le développement mais aussi d'avoir fait des propositions et des recommandations claires sur la voie à suivre. Il a assuré les délégués que l'OMS continuera à plaider énergiquement en faveur d'une remise accrue de la dette et pour l'allocation de plus de fonds aux secteurs de la santé et aux secteurs liés à la santé.

182. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC53/8 Rev.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/1 y afférant.

**Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé** (document AFR/RC53/9 Rév.1)

183. Le Professeur Kombila-Koumba a expliqué que le document propose un cadre pour améliorer la performance des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé. Le document réitère les trois fonctions de base des hôpitaux, à savoir : prestation de soins de santé de haute qualité; développement des ressources humaines pour la santé; information et recherche.

184. Il a informé le Comité que le document proposait également un certain nombre d'orientations pour améliorer la performance des hôpitaux, notamment : renforcement des hôpitaux avec administration générale par le Gouvernement; renforcement de la collaboration entre les hôpitaux et les autres niveaux du système de santé; développement des ressources humaines pour la santé y compris l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux ; formation et rémunération comme éléments fondamentaux pour la motivation et la rétention des agents de santé; promotion de la qualité des soins en tant qu'élément essentiel du développement des hôpitaux; amélioration du mécanisme des financements des hôpitaux; amélioration de l'organisation et de la gestion des hôpitaux en tenant compte de la nécessité d'affirmer le rôle de la participation communautaire; amélioration de la réactivité; et amélioration de la collaboration entre la médecine traditionnelle et les hôpitaux.

185. Le Professeur Kombila-Koumba a conclu que le développement des hôpitaux dans la Région africaine devrait s'inscrire dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Le fait d'accorder un intérêt approprié aux hôpitaux ne devrait pas détourner l'attention des autres niveaux du système de santé. Il conviendrait, à cet égard de poursuivre les efforts déployés pour accélérer les soins de santé primaires (SSP). Cela nécessite que les autorités nationales

jouent fermement leur rôle d'administration générale et que les partenaires manifestent leur engagement.

186. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC53/9 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/2 y afférant.

187. Les délégués ont proposé que la gestion des hôpitaux soit assurée par des gestionnaires professionnellement formés à la gestion des hôpitaux plutôt que par des experts médicaux, afin d'instaurer une culture de gestion dans les hôpitaux. De plus ils ont mis l'accent sur l'élaboration de plans d'action des hôpitaux pour encourager la rentabilité.

188. Dans leurs commentaires les délégués ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux, de mener la recherche opérationnelle pour démontrer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas; d'élaborer les outils et les indicateurs pour surveiller la performance des hôpitaux et la mise à jour des besoins du personnel et en personnel des hôpitaux; de standardiser les matériels hospitaliers pour faciliter l'achat de l'équipement, l'acquisition des fournitures et leur entretien; de collaborer avec les tradi-praticiens; de motiver le personnel pour assurer sa rétention en faisant appel à des approches novatrices.

189. Au nombre des autres mécanismes cités par les délégués pour améliorer la performance des hôpitaux et le financement de la santé, les délégués ont cité : le partage des coûts, les fonds de roulement pour l'achat des médicaments, la pratique de la médecine privée à l'hôpital et l'assurance-maladie, des dispositions permettant la sous-traitance des services et la réglementation du secteur privé, et enfin la certification des programmes pour les hôpitaux.



Ils ont exprimé la nécessité d'assurer une étroite liaison avec les Ministres des Finances afin de résoudre le problème de l'accroissement des crédits en faveur du secteur de la santé.

190. Les Etats Membres ont proposé que l'OMS fasse du lobbying auprès d'autres partenaires au développement afin que ceux-ci octroient des subventions et des prêts avantageux pour le renouvellement des stocks hospitaliers et pour l'achat de matériels hospitaliers. Ils ont en outre proposé que l'OMS appuie des études permettant d'améliorer la performance des hôpitaux, d'élaborer des outils y compris des indicateurs de performance et soutienne la documentation et la diffusion des meilleures pratiques hospitalières.

191. Le Directeur régional a remercié les Ministres de leurs contributions précieuses et les a informés que leurs propositions seraient incorporées dans le document. Le document amélioré sera distribué aux Ministres et le Secrétariat travaillera en étroite collaboration avec les Etats Membres sur les modalités de mise en œuvre des recommandations.

192. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/9 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/2 qui s'y rattache.

**Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : situation actuelle et plan d'action** (document AFR/RC53/10)

193. Le Dr Omar Sam, Rapporteur, Sous-Comité du Programme, a expliqué que le document souligne le fait que les traumatismes sont aussi importants que d'autres maladies et que la lutte contre les traumatismes obéit aux mêmes principes que la lutte contre les autres problèmes de santé publique. Les traumatismes sont dits volontaires ou involontaires. Les

traumatismes involontaires résultent d'accidents de la route, d'intoxications, de chutes, d'incendies et de noyades, alors que les traumatismes volontaires peuvent être causés par la violence interpersonnelle, collective et infligée à soi-même.

194. Le Dr Omar a fait observer que le document souligne que les traumatismes posent des problèmes sociaux lourds de conséquences pour la santé publique dans les pays développés comme dans les pays en développement. Les traumatismes représentent 11 % du taux de mortalité mondiale et 13 % du total des années de vie perdues corrigées de l'incapacité. En l'an 2000, dans la seule Région africaine, on a estimé à 725 000 le nombre de décès consécutifs à des traumatismes, ce qui correspond à 7 % de tous les décès survenus en Afrique et à 15 % des décès par traumatisme dans le monde. Dans la Région africaine, les accidents de la route, les conflits et la violence interpersonnelle sont les principales causes de mortalité et d'incapacité liées aux traumatismes.

195. Le Dr Omar a résumé le document qui montre que le secteur de la santé devrait promouvoir l'adoption de mesures préventives fondées sur des bases factuelles; améliorer les soins pré-hospitaliers, les soins hospitaliers et les programmes de réadaptation; assurer la surveillance; renforcer le rôle de la recherche préventive; mobiliser et appuyer les autres secteurs et parties prenantes pour qu'ils plaident en faveur de la formulation et de la coordination de politiques, stratégies et programmes complets de lutte contre les traumatismes et la violence.

196. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC53/10, Rév. 1, et du projet de résolution AFR/RC53/WP/3 qui s'y rapporte.

197. Au cours du débat, les délégués ont relevé avec satisfaction la pertinence du document sur les traumatismes et la violence. Ils ont félicité l'OMS d'avoir choisi le thème «Prévention des accidents de la route» pour la Journée mondiale de la Santé 2004.

198. Pour améliorer le document, les délégués ont demandé que l'on accorde une importance particulière aux traumatismes psychologiques, notamment dans les pays qui ont connu des conflits. Ils ont, en outre, suggéré que des corrélations soient établies entre les divers documents proposés par le Sous-Comité, notamment, le document sur le renforcement du rôle des hôpitaux dans les services de santé nationaux et celui portant sur les traumatismes et la violence. Dans ce dernier, cela consisterait à renforcer les soins d'urgence dans les hôpitaux et les services de santé dans le cadre de la prise en charge des traumatismes.

199. Afin d'intensifier les activités de prévention et de lutte contre les traumatismes et la violence, les délégués ont recommandé (i) qu'une assistance technique soit fournie aux Etats Membres pour qu'ils mettent en place des programmes de surveillance et de lutte contre les traumatismes et la violence en utilisant une approche multisectorielle; (ii) que soient élaborés ou renforcés des programmes de réadaptation et (iii) que soient conçus à l'intention de pays ayant connu des conflits, des programmes complets comprenant la démobilisation et l'intégration des ex-combattants.

200. Les délégués ont, en outre, demandé que le Bureau régional appuie des actions de sensibilisation pour une meilleure prise de conscience de la relation existant entre l'abus d'alcool et la lutte contre les traumatismes et la violence; la mise en place, par les pays, de services de soins d'urgence et de lutte contre les sévices sexuels dans les situations de conflit;



la disponibilité effective de fonds pour une «assurance au tiers» en vue de la prise en charge des victimes des accidents de la route; le plaidoyer en faveur de l'application de la Convention sur les droits de l'enfant et l'adoption d'instruments législatifs relatifs à la violence et la santé; et la formation du personnel de santé à la psychiatrie.

201. En réponse aux commentaires des délégués, le Directeur régional a exprimé sa gratitude aux délégués pour leurs précieuses contributions et les a assurés que leurs suggestions et recommandations seraient incorporées dans le document.

202. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/10, Rév. 1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/3 qui s'y rapporte.

**Santé de la femme : stratégie de la Région africaine**  
(document AFR/RC53/11)

203. Dr OMAR Sam a informé le comité que le document décrit la santé de la femme comme un état de complet bien-être physique, mental et moral de la femme tout au long de sa vie, qui ne se limite pas seulement à la santé génésique. La vulnérabilité biologique des femmes aux affections (telles que le VIH/SIDA) leur position sociale peu élevée, leur accès limité aux services de santé, leur faible niveau d'instruction et leur absence d'autonomie en matière de prise de décision sont les principaux déterminants de leur mauvaise santé.

204. Il a indiqué que le document décrit les diverses étapes de la vie de la femme et les problèmes liés à sa santé; par exemple, les infections, les traumatismes physiques et les abus sexuels sont courants dans l'enfance. Les mariages précoces, les grossesses non désirées, les

complications de la grossesse et les pratiques traditionnelles nuisibles ou les mutilations sexuelles féminines caractérisent la période de l'adolescence. Dans ses années reproductives, la morbidité et la mortalité maternelles constituent d'importants problèmes de santé publique. Les cancer du col de l'utérus et du sein, l'ostéoporose, le syndrome postménopausique et la dépression mentale sont les principaux problèmes de santé chez les femmes âgées. Les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/SIDA et la violence interviennent tout au long de la vie de la femme. La tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA constituent un trio meurtrier pour la femme africaine.

205. Dr OMAR a expliqué que la stratégie relative à la santé de la femme a pour but de contribuer à la réalisation du niveau de santé le plus élevé possible pour les femmes tout au long de leur vie. La stratégie examine les affections qui sont spécifiques aux femmes ou plus répandues chez elles ou qui ont des conséquences graves et impliquant certains facteurs de risque. Elle propose des interventions portant essentiellement sur l'amélioration de la réactivité des systèmes de santé aux besoins spécifiques des femmes, l'élaboration de politiques appropriées, de stratégies de plaidoyer et de communication, le renforcement des capacités de divers cadres de prestataires de soins de santé. La mise en œuvre est décrite dans le cadre de la réforme du secteur de la santé et de l'équité en matière de santé, en partenariat avec les femmes, les hommes, les leaders d'opinion, les organisations à assise communautaire, les ONG, les ministères concernés du gouvernement, les institutions publiques et privées.

206. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC53/11 Rév.1 et du projet de résolution AFR/RC53/WP/4 qui s'y rapporte.

207. Le Comité a félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour leur rapport complet et pertinent intitulé « Santé de la femme : stratégie de la Région africaine ».

208. Les délégués ont souligné que la santé des femmes était une priorité dans la Région africaine. Ils ont précisé qu'il fallait donner un rang élevé de priorité à l'éducation et à la nutrition des fillettes et des femmes pour traiter correctement les problèmes liés à la mortalité maternelle. Le Comité a indiqué qu'un soutien de l'OMS serait nécessaire pour le renforcement des programmes nationaux de planification familiale et la mise en place de programmes à l'intention des femmes ménopausées .

209. Le Comité a déploré que les pays n'aient pas traité adéquatement le problème lié à la « culture du silence et du stoïcisme ». L'OMS a été priée de sensibiliser les Chefs d'Etat et de Gouvernement membres de l'Union africaine à la nécessité de s'attaquer efficacement aux problèmes de santé des femmes comme une condition préalable au développement socio-économique de l'Afrique. Cela inclus entre autre l'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles comme les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines . Les problèmes de santé des femmes africaines étant étroitement associés à la pauvreté, il est essentiel de leur donner des moyens d'être économiquement autonomes, pour que leur état de santé atteigne un niveau élevé.

210. Les délégués ont rappelé que le Comité régional avait adopté en 1997 une stratégie sur la santé génésique offrant un cadre d'action très complet. Cependant, une plus grande place devrait être donnée en premier lieu aux questions suivantes dans l'approche de la santé des femme : violence à l'égard des femmes et des enfants; grossesse; cancer, notamment du col de l'utérus; mutilations sexuelles féminines et clonage humain. Cette dernière question étant inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale de l'Organisation des Nations



Unies, il est important que l'OMS informe au préalable les délégués de la Région africaine de manière adéquate.

211. Se référant au paragraphe 9 du document, les délégués ont fait observer que les technologies nécessaires à la prévention des complications de la grossesse et de l'accouchement, ne sont ni disponibles ni abordables dans les pays africains. Le paragraphe 23 devrait mentionner également « le dépistage et la prise en charge à temps des fibromes utérins ».

212. Les délégués ont insisté sur la nécessité de renforcer les mécanismes d'orientation/recours, en particulier dans les zones rurales, et de mettre en place des systèmes de surveillance et d'évaluation des programmes de protection de la santé des femmes. Ils ont par ailleurs insisté sur la nécessité que les femmes soient activement associées aux recherches opérationnelles, à l'élaboration de politiques et de programmes relatifs à la santé de la femme.

213. Toujours dans le contexte de la santé de la femme, les délégués ont recommandé que les institutions de l'ONU, notamment l'OMS et le FNUAP, collaborent plus étroitement dans le domaine de la planification familiale. Ils ont également souligné la nécessité d'une synergie d'action entre tous les secteurs qui ont un impact sur l'accès des femmes à des soins de qualité.

214. Le Directeur régional a remercié le Comité de ses observations et de ses suggestions sur cette question importante. Dans ce contexte, il a présenté Mme Gertrude Mongela, Membre

du Parlement de la République Unie de Tanzanie, et ancien Secrétaire général de la Quatrième Conférence mondiale des Femmes, nommée ambassadrice itinérante sur la santé maternelle et infantile. Elle appuiera le Bureau régional dans son plaidoyer visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. Dans sa réponse l'Ambassadeur Mongela a remercié le Directeur régional de sa nomination et assuré le Comité régional de sa détermination à œuvrer sans relâche pour l'Afrique pour traiter les problèmes la santé des femmes et des enfants par le plaidoyer et l'établissement des relations internationales. Concernant le commentaire relatif au paragraphe 9, le Directeur régional a souligné le fait que ses technologies sont disponibles mais ne sont pas accessibles à la majorité des femmes.

215. La Directrice de la Division de la Santé de la Famille et de la Santé génésique a regretté que la santé de la femme ne figure pas sur la liste des priorités régionales. Par ailleurs, elle a rapporté qu'un tiers seulement des Etats Membres ont sélectionné ce domaine d'activité dans leur budget programme de 2002-2003. Elle a instamment demandé aux pays de prendre en compte les discussions du Comité régional et l'accent mis par le Directeur général sur la santé de la femme et de l'enfant dans leurs plans de travail pour 2004-2005.

216. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC53/11 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/4 y afférant

**Salubrité des aliments : analyse de la situation et perspectives**  
(document AFR/RC53/12 Rév.1)

217. Le Dr Miaka-Mia Bilenge, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a déclaré que dans le document les maladies d'origine alimentaire sont considérées comme un important

problème de santé publique qui contribue également à réduire la productivité économique. Chaque année, à l'échelle mondiale, des millions de personnes tombent malades par suite de la consommation d'aliments contaminés et malsains. Garantir la salubrité des aliments est l'une des fonctions essentielles et fondamentales de la santé publique et de la sécurité alimentaire. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.15 qui prie l'OMS et ses Etats Membres de considérer la salubrité des aliments comme une préoccupation majeure de santé publique.

218. Il a déclaré que dans le document, sont identifiés les principaux dangers liés aux aliments. Sont aussi décrits dans le document, les facteurs socio-économiques, environnementaux et climatiques, ainsi que les mauvaises conditions d'hygiène personnelle et alimentaire qui favorisent la contamination.

219. Le Dr Bilenge a expliqué que les principaux défis portant sur la salubrité des aliments comprennent la mise en place des infrastructures et services urbains de base nécessaires pour améliorer les conditions sanitaires et l'environnement social liés à la pauvreté généralisée et à l'urbanisation; la mise en place de systèmes efficaces et durables de réglementation en matière de salubrité des aliments en se fondant sur une analyse scientifique des risques et sur la prévention; la collaboration et la coordination interdisciplinaires en matière de gestion de la salubrité des aliments, y compris le renforcement du rôle des laboratoires; la réglementation de la vente des aliments dans la rue et la transmission des informations et d'une éducation appropriées aux vendeurs; l'adoption des mesures sur les tests, la réglementation et l'étiquetage ainsi que la fourniture d'une information adéquate aux



consommateurs sur les aliments génétiquement manipulés ou modifiés; et la pression des accords commerciaux internationaux.

220. Le document explique, a-t-il ajouté, que la réduction de l'incidence des maladies d'origine alimentaire implique la réduction des risques et la mise en œuvre d'interventions de lutte axées sur l'ensemble des processus, depuis l'étape de la production jusqu'à celle de la consommation. Ces interventions comprennent notamment l'analyse des risques et la maîtrise des points critiques (ARMPC), l'éducation des consommateurs et des personnes qui manipulent les aliments, l'élaboration de politiques réalistes reposant sur des données scientifiques, la mise en œuvre d'un système de surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire, et la création d'un réseau d'information et de mécanismes de sensibilisation rapide entre les pays.

221. Il a invité le Comité à adopter le document AFR/RC53/12 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/5 qui s'y rapporte.

222. Le Comité a félicité le Secrétariat pour la pertinence du document qui vient à point nommé. Il a fait observer que l'urbanisation rapide avait accru le risque de maladies d'origine alimentaire au sein des groupes vulnérables; en même temps, la croissance accélérée du secteur informel et la privatisation du commerce des denrées alimentaires posent de nouveaux problèmes. L'OMS a été priée de fournir un soutien technique pour l'établissement ou l'élaboration de politiques et de lois relatives à la salubrité des aliments, la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie régionale sur la salubrité des aliments et le renforcement des programmes nationaux dans ce domaine pour qu'ils prennent en compte le secteur informel. Considérant que la législation actuellement en vigueur dans la plupart des pays est plus

répressive qu'éducative ou préventive, il a été suggéré d'accorder une plus grande attention à la meilleure sensibilisation des consommateurs.

223. Les délégués ont souligné qu'il était important de s'attaquer au problème de la salubrité des aliments dans un contexte multisectoriel et pluridisciplinaire. A cet égard, il a été proposé que les secteurs mentionnés au paragraphe 27 soient étendus, entre autres, à l'agriculture, au commerce, aux affaires intérieures, à l'eau et à l'assainissement, aux douanes et aux collectivités locales. Le rôle de la société civile devrait être clairement explicite dans la section sur les défis à relever. Au paragraphe 34, il faudrait inclure le rôle de la famille et les ménages parmi les cibles des activités d'éducation pour la santé.

224. Le Comité a mis l'accent sur la question des aliments génétiquement modifiés ou manipulés (AGM) et a instamment prié le Bureau régional d'aider les Etats Membres à formuler des principes directeurs à ce sujet. Il a également demandé que soit fournie une aide pour la mise en place de systèmes de surveillance des AGM nouveaux. Les délégués ont insisté sur les menaces que peuvent représenter les accords commerciaux internationaux et ont recommandé des actions collectives à ce sujet.

225. Les délégués ont indiqué qu'il était indispensable d'assurer un contrôle de la qualité efficace pour garantir la salubrité des aliments et ajouté que les laboratoires de santé publique pourraient jouer à cet égard un rôle important. L'OMS a été invitée à aider à renforcer les capacités des pays. Une attention toute particulière devra également être donnée aux résidus de pesticides.

auraient lieu sur les accords commerciaux et que des informations seraient données aux ministres.

226. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC53/12Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/5 y afférant.

**Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme (document AFR/RC53/13 Rév.1)**

227. Le Dr Bilenge a informé le Comité que le document AFR/RC53/13 Rév.1 met en évidence le fait que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme contribuent aux taux élevés de morbidité et de mortalité enregistrés dans la Région africaine de l'OMS, laquelle compte plus de 90 % des cas et des décès liés à ces maladies dans le monde. Ces maladies imposent un fardeau économique énorme aux gouvernements, aux communautés et aux familles, et enferment des millions de personnes dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé.

228. Le document souligne les efforts accomplis pour réduire le fardeau de ces trois maladies par un engagement politique accru, l'élaboration de plans nationaux stratégiques et la mise en place de partenariats; le renforcement continu des capacités de lutte contre ces trois maladies; l'amélioration des connaissances sur le VIH/SIDA et le sang non contaminé en vue des transfusions sanguines; l'augmentation des taux de détection des cas de tuberculose et la mise en œuvre de la stratégie DOTS; enfin, le renforcement des capacités de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme dans la presque totalité des pays.



et la mise en œuvre de la stratégie DOTS; enfin, le renforcement des capacités de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme dans la presque totalité des pays.

230. Malgré ces efforts et ces réalisations, le document signale que le taux de couverture et l'accès aux interventions demeurent faibles ; en effet, seuls 6 % des adultes ont accès à des services de conseil et de dépistage volontaires, 40 % des pays disposent des services assurant à l'échelle nationale le traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) tandis que le taux d'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide est de 5 %. Les tendances de ces maladies ne manifestent aucun signe de déclin, situation qui s'explique en grande partie par l'inadéquation des ressources humaines et financières, le coût inabordable des médicaments destinés à la prévention et au traitement et la faiblesse des infrastructures. Ces contraintes sont aggravées par des approches inappropriées de la mise en œuvre des stratégies relatives aux programmes concernés.

231. Le Dr Bilenge a mis l'accent sur le fait que le succès de l'intensification des activités de lutte contre ces trois maladies passe par l'appropriation par les pays, l'équité et la viabilité. Les autres conditions à remplir à cet effet sont les suivantes : intensification du plaidoyer pour que le secteur de la santé réponde aux besoins de la population; renforcement de l'action multisectorielle ; prise en compte des problèmes spécifiques aux situations de conflit et post-conflit; accroissement qualitatif et quantitatif et quantitative du personnel participant à la prestation des services; renforcement de la gestion des programmes et de l'allocation des ressources; décentralisation effective des services; promotion des services intégrés au niveau du district; renforcement des partenariats avec la communauté pour la prestation des

services; disponibilité des médicaments et autres produits à tous les niveaux, y compris la formulation des mécanismes appropriés pour empêcher que les antirétroviraux à prix abordable destinés aux pays en développement ne soient détournés vers les pays développés; promotion de la recherche opérationnelle pour améliorer la gestion et la prestation des services compte tenu du rôle de la médecine traditionnelle; enfin, mobilisation et décaissement des ressources requises au niveau opérationnel.

232. Le Dr Bilenge a invité le Comité à adopter le document AFR/RC53/13 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/6 qui s'y rapporte.

233. Les délégués ont félicité le Secrétariat pour la qualité du document. Insistant sur le fardeau de la morbidité que représentent le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ils ont proposé que l'intensification des interventions contre ces maladies ait lieu dans le contexte d'approches sectorielles; par ailleurs, les systèmes de santé devraient être renforcés car la prévalence de ces maladies augmente rapidement. Le document devrait insister également sur le rôle des laboratoires.

234. Les participants ont proposé que le document mette aussi l'accent sur le soutien nutritionnel aux malades, les réseaux de malades, la prévention de la transmission mère-enfant et le conseil et le dépistage volontaires. Le rôle de la médecine traditionnelle dans le traitement du VIH/SIDA et du paludisme devrait être mieux mis en évidence.

235. Le Comité a recommandé que les Etats Membres se communiquent des informations sur les pratiques les meilleures par le biais de la coopération Sud-Sud ou interpays. Il a

également suggéré que l'OMS organise des réunions interpays et des réseaux techniques à cette fin. Au cas où des pays changeraient de protocole thérapeutique, l'OMS pourrait aider à la redistribution des médicaments en surplus.

236. Les délégués ont déploré les retards et la complication des procédures liées au décaissement des crédits disponibles au titre du Fonds mondial et ils ont prié l'OMS de s'employer à obtenir une simplification de ces procédures.

237. Les délégués ont souligné la nécessité d'apporter une attention toute particulière à des groupes précis comme les orphelins, les personnels de santé et les chauffeurs routiers. Ils ont également proposé que le document traite du soutien psychologique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille ainsi que des autres structures de soins palliatifs.

238. Le Comité a demandé à l'OMS de donner des orientations aux pays sur les moyens de donner un statut aux conseillers non professionnels. Il a souligné le rôle des chefs traditionnels dans le processus d'intensification, l'action de plaider et la prise de décision, ajoutant que les femmes jouent un rôle de tout premier plan dans les programmes exécutés au niveau de la communauté.

239. Pour faciliter l'intensification des interventions, il faudrait que les gouvernements renforcent leur engagement politique et que les partenaires concernés reconnaissent l'autorité des ministères de la santé. Notant le coût prohibitif des antirétroviraux, les délégués ont prié l'OMS de faire campagne auprès de pays amis et de la communauté internationale pour qu'ils facilitent l'accès des pays démunis aux médicaments.



240. Au sujet du paludisme, les délégués ont noté qu'un taux de couverture de 60 % pour les moustiquaires traitées à l'insecticides ne devrait pas être le seul critère en fonction duquel déterminer si les objectifs d'Abuja ont été atteints. Les pays où l'on procède à des pulvérisations d'insecticide à l'intérieur des habitations devraient utiliser également cet indicateur puisque c'est cette méthode – et non pas les moustiquaires – qu'utilisent plusieurs pays d'Afrique australe.

241. Les délégués ont suggéré que l'on tienne compte du coût des interventions. L'OMS devrait étudier de près les secteurs dans lesquels il est possible de réduire le coût des médicaments. Il faudrait enfin examiner la décision qu'a récemment prise l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) pour déterminer ce qui pourrait être fait tout en envisageant d'assurer la production locale de médicaments dans les Etats Membres qui ont les capacités requises.

242. Le Comité a demandé des éclaircissements sur l'emploi du DDT en santé publique par rapport à son interdiction en agriculture.

243.. En ce qui concerne la section sur la surveillance et l'évaluation, les délégués ont suggéré que le processus de surveillance soit confié à un réseau d'experts établis dans les pays membres. L'OMS devrait normaliser la méthodologie pour la détermination de la prévalence du VIH et les pays devraient être invités à procéder à des enquêtes de séropositivité pour obtenir les statistiques effectives, si cette collecte de données est d'un coût abordable.

244. Les délégués ont fait les suggestions suivantes pour améliorer le texte :

- a) Au paragraphe 4, ajouter «Partenariat en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose» après «l'initiative (RBM)»;
- b) Dans la section sur les contraintes, ajouter un nouveau paragraphe intitulé «Ressources humaines»; ajouter également « L'OMS devrait engager un plaidoyer en faveur de mécanismes plus simples pour les paiements du fond mondial de même que pour l'accès aux soins et au traitement réparateur des traumatismes et pour contribuer à l'atteinte des 3/5 de la cible fixée;
- c) A la fin du paragraphe 15, ajouter la phrase suivante : « Les structures au niveau communautaire devraient être établies sous forme de composantes intégrées des systèmes de santé;
- d) Au paragraphe 20, ajouter à l'objectif général : « ainsi que de l'impact (notamment social) des trois maladies;
- e) Au paragraphe 22, ajouter une rubrique (e) sur «la Participation communautaire»;
- f) Au paragraphe 26, inclure des critères pour la sélection d'ONG dignes de confiance et des moyens de surveillance et d'évaluation de leurs performances;

- g) Au paragraphe 26, ajouter la rubrique (e) suivante : «incluant des programmes communautaires dans le système de santé»;
- h) au paragraphe 28, ajouter à la liste “renforcer les mécanismes multisectoriels”;
- i) au paragraphe 30, insister sur le fait que le dépistage et le conseil volontaires ainsi que la thérapie antirétrovirale hautement active vont solliciter à l’extrême les capacités des systèmes de santé, et inclure dans la phrase l’intégration du traitement, en particulier le traitement DOTS et la thérapie antirétrovirale;
- j) dans le titre du paragraphe 32, ajouter “(y compris des antirétroviraux)” après le mot “médicaments”;
- k) au paragraphe 33, la recherche ne doit pas se limiter uniquement à la recherche opérationnelle. Il faut soit ajouter un nouveau paragraphe sur la promotion de la « recherche fondamentale » soit inclure dans toutes les phrases du paragraphe la «recherche fondamentale ». Parmi les exemples de recherche fondamentale que des chercheurs africains devraient faire en priorité figurent notamment les tests de diagnostic rapide de la tuberculose et la mise au point d’antituberculeux plus efficaces pour abréger la durée du traitement.

245. A l’issue du débat, le Directeur régional a remercié les délégués de leurs utiles observations et a promis que les propositions faites seraient dûment incorporées dans le document pour l’enrichir. Il a informé les délégués qu’une séance serait organisée avec le personnel du Fonds mondial afin de mieux les informer. Il a précisé que le DDT était encore



un produit acceptable en santé publique mais qu'il continuait à être interdit dans l'agriculture à cause de ses effets sur l'environnement. Le Directeur régional s'est félicité de constater que les délégués avaient conscience de l'utilité des médicaments traditionnels et il a évoqué les recherches en cours pour vérifier leur innocuité et leur efficacité.

246. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/13 Rév.1 avec des modifications ainsi que le projet de résolution AFR/RC53/WP/6.

**Eradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS**  
(document AFR/RC53/INF/DOC/1)

247. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division de la Lutte contre les maladies transmissibles, a présenté le document au Comité à titre d'information. Il a décrit la situation épidémiologique dans la Région, l'impact socio-économique de la maladie, les réalisations à ce jour ainsi que les contraintes et défis. Il convient de noter que cette maladie typiquement liée à la pauvreté n'est endémique qu'en Afrique. C'est une maladie contre laquelle il n'y a ni vaccin ni médicament mais que l'on peut facilement prévenir.

**Syndrome respiratoire aigu sévère : Préparation et action dans la Région africaine de l'OMS** (document AFR/RC53/INF/DOC/2)

248. Le Dr A Kaboré, Directeur de la Division de la Lutte contre les maladies transmissibles, a présenté le document. Suite à l'identification du premier cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Chine, il s'était étendu à 17 pays dans le monde. Dr Kaboré a informé par ailleurs les délégués que la physiopathologie, l'épidémiologie et l'évolution de la maladie ont été déjà décrites. Il a décrit la riposte régionale à l'épidémie et

les principales réalisations du Bureau régional et conclu en insistant sur la nécessité de renforcer les systèmes de surveillance pour assurer une action rapide par les Etats Membres.

249. Les délégués ont fait valoir l'importance d'augmenter le nombre des laboratoires de référence qui actuellement est de quatre, étant donné les problèmes de communication et de transport en Afrique. Il a été demandé à l'OMS de renforcer la capacité de diagnostic des pays. Comme le traitement des cas de SRAS doit se faire dans des centres de soins intensifs, le Comité a souligné qu'il fallait que les pays renforcent leur système de santé. Les délégués ont noté l'intérêt et la solidarité dont la communauté internationale a fait montre en réponse au SRAS et ont demandé qu'il soit accordé au VIH/SIDA et à la fièvre hémorragique à virus Ebola la même attention et la même riposte.

#### **Qualifications et désignation du Directeur régional (document AFR/RC53/15)**

250. M. Gian Luca Burci, Conseiller juridique principal, a présenté le document et rappelé la résolution AFR/RC48/R7 par laquelle le Comité régional en sa quarante-huitième session a établi les qualifications et critères de désignation du Directeur régional pour la quarante-neuvième session et a institué le comité de prospection.

251. Après avoir décrit les termes de référence, la taille, la composition et les implications financières du comité de prospection, M. Burci a invité le Comité régional à délibérer et à décider du bien-fondé d'établir un comité de prospection, et en cas d'accord, des modalités de sélection de ses membres et de désignation de son président.

252. Après avoir débattu de la question, le Comité régional a finalement décidé qu'il n'était pas nécessaire d'établir un comité de prospection étant donné les coûts en cause et le fait qu'il ne serait pas habilité à présélectionner les candidats. Le Comité régional a ensuite souligné le droit de tout candidat nommé par un Etat Membre à se présenter à l'élection, à condition de posséder les qualifications appropriées indiquées à l'annexe 1 du document AFR/RC53/15 et que le Comité régional aurait la prérogative d'évaluer les candidats et de désigner le candidat qu'il estime être le meilleur. Le Comité a convenu qu'il convient de clarifier davantage le processus de sélection et a prié le Secrétariat de proposer un document décrivant les options possibles pour améliorer la procédure actuelle.

253. Après avoir examiné le document présenté par le Secrétariat, le Comité a convenu de la procédure suivante, qui constitue un amendement de l'article 52 du Règlement intérieur :

- Si plus de cinq (5) candidatures sont reçues, le Comité régional établit une liste restreinte de cinq candidats;  
Pour parvenir à ce nombre, le Comité organise un scrutin secret et retient les cinq candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix;
- Le Comité organise avec les candidats retenus sur la liste restreinte un entretien consistant en un exposé présenté par chaque candidat, suivi par une séance de questions – réponses;
- Après les entretiens, le Comité procède à l'élection du Directeur régional conformément à l'article 52 du Règlement intérieur.



**TABLES RONDES** (documents AFR/RC53/RT/1, AFR/RC53/RT/2, AFR/RC53/RT/3)

254. Les tables rondes se sont déroulées parallèlement à la session du Comité régional et on porté sur les thèmes suivants :

- a) le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité (document AFR/RC53/RT/1)
- b) maternité sans risque : améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (document AFR/RC53/RT/2)
- c) situations d'urgence et action humanitaire : améliorer l'efficacité des interventions de santé (document AFR/RC53/RT/3)

255. Les Présidents des Tables Rondes ont chacun présenté leur rapport, comme suit :

- Dr Albert Toikeusse Mabri, Ministre de la Santé et de la Population, Côte d'Ivoire, pour la première Table Ronde : le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité
- Dr AidaTheodomira de Nobreza, Vice-Ministre de la Santé, Mozambique, pour la deuxième Table Ronde : maternité sans risque – améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence

- Dr Abdelhamid Aberkane, Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Algérie, pour la troisième Table Ronde : situations d'urgence et action humanitaire – améliorer l'efficacité des interventions de santé.

256. Le texte des rapports des Tables Rondes figure dans les annexes 4 a, 4b et 4c du présent rapport.

**Choix des sujets des Tables rondes de 2004 (document AFR/RC53/20)**

257. Le Dr Luis G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document AFR/RC53/20 qui indique deux thèmes principaux pour les tables rondes de la cinquante quatrième session du Comité régional.

258. Après quelques échanges d'idées, les thèmes ci-après ont été choisis :

Table ronde n° 1 :      Sévices sexuels à l'encontre des enfants. Une urgence  
cachée

Table ronde n° 2 :      Défi pour une amélioration de la situation nutritionnelle dans la  
Région africaine

**Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2004**

259. Le Comité a nommé les Présidents et Présidents suppléants suivants pour les Tables rondes de 2004 :

**Table ronde n° 1**

Président : Togo

Président suppléant : Tchad

**Table ronde n° 2 :**

Président : Zambie

Président suppléant : Mauritanie

**DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-QUATRIEME ET CINQUANTE-CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC53/17)**

260. M. B. Chandra, Directeur de la Division de l'Administration et des Finances, a présenté le document.

261. Le Comité régional a décidé que la cinquante-quatrième session se tiendrait au Bureau régional et qu'elle aurait lieu du 30 août au 3 septembre 2004. Le lieu de la cinquante-cinquième session en 2005 sera fixé à la cinquante-quatrième session du Comité régional.