



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/7

20 juin 2003

Cinquante-troisième session

Johannesbourg, Afrique du Sud, 1er-5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

SOMMAIRE

	Paragraphes
OUVERTURE DE LA REUNION	1 – 11
MACROECONOMIE ET SANTE : L'AVENIR DANS LA REGION AFRICAINNE (document AFR/RC53/8)	12 – 20
RENFORCEMENT DU ROLE DES HOPITAUX DANS LES SYSTEMES NATIONAUX DE SANTE (document AFR/RC53/9)	21 – 32
LUTTE CONTRE LES TRAUMATISMES DANS LA REGION AFRICAINNE : SITUATION ACTUELLE ET PLAN D'ACTION (document AFR/RC53/10)	33 – 42
SANTE DE LA FEMME : STRATEGIE POUR LA REGION AFRICAINNE (document AFR/RC53/11)	43 – 55
SALUBRITE DES ALIMENTS ET SANTE : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC53/12)	56 – 65
INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS LIEES AU VIH/SIDA, AU PALUDISME ET A LA TUBERCULOSE (document AFR/RC53/13)	66 – 77
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC53/7)	78

ATTRIBUTION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL ..79 – 80	
CLOTURE DE LA REUNION	81 – 86

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	20
2. Ordre du jour	22
3. Programme de travail	23

PROJETS DE RESOLUTION

AFR/RC53/WP/1	Macroéconomie et santé : L’avenir dans la Région africaine
AFR/RC53/WP/2	Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé
AFR/RC53/WP/3	Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d’action
AFR/RC53/WP/4	Santé de la femme : Stratégie pour la Région africaine
AFR/RC53/WP/5	Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC53/WP/6	Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (Congo) du 17 au 20 juin 2003. Le Bureau a été constitué comme suit :

Président : Professeur Pierre-André Kombila-Koumba (Gabon)
Vice-Président : Dr Teniin Jepkemoi Gakuruh (Kenya)
Rapporteurs : Dr Miaka mia Bilenge (République démocratique du Congo)
Dr Omar Sam (Gambie)

2. La liste des participants figure à l'Annexe 1.

3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP), aux membres du Conseil exécutif de l'OMS au titre de la Région africaine et au Vice-Président du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS). Il a informé les membres du Sous-Comité que c'est la première fois que la réunion du Sous-Comité du Programme se tient à Brazzaville depuis le retour du Bureau régional, ajoutant que la situation à Brazzaville s'est beaucoup améliorée grâce à l'action du Gouvernement de la République du Congo en général et du Chef de l'Etat en particulier.

4. Le Directeur régional a informé les membres du Sous-Comité du Programme de l'élection récente du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr J. W. Lee, dont il a souligné l'expérience et l'amabilité. Le Dr Samba a également rendu hommage à la contribution précieuse du Directeur général sortant, le Dr Gro Harlem Brundtland, qu'il a présentée comme une réelle amie de l'Afrique. Il lui a exprimé, en outre, sa gratitude pour avoir accru considérablement l'allocation budgétaire de la Région africaine et lancé l'initiative en faveur des pays, qui permettra de renforcer les capacités des bureaux de l'OMS dans les pays et de faciliter davantage la décentralisation dans les pays trop vastes.

5. Concernant les autres programmes importants tels que celui de la lutte contre la poliomyélite, le paludisme et la tuberculose, le Dr Samba a rappelé, avec satisfaction, aux membres du Sous-Comité du Programme que les fonds extrabudgétaires s'étaient accrus considérablement. Il a annoncé que l'Union Européenne (EU) était disposée à faire don de 600 millions à la Région africaine pour la recherche médicale. Il leur a rappelé que l'obligation de la redevabilité et de la transparence sont les conditions indispensables pour mobiliser des fonds extrabudgétaires. Il a invité les pays et le personnel de l'OMS à une gestion efficiente de tous les fonds disponibles et de rendre dûment compte de leur utilisation. Il a réaffirmé l'engagement de l'OMS d'éradiquer la poliomyélite et de réduire la prévalence des autres maladies prioritaires telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

6. Le Dr Samba a rappelé que le rôle du Sous-Comité du Programme avait été élargi depuis le Comité régional tenu à Sun City (Afrique du Sud). Au-delà de l'examen du Budget Programme, le Sous-Comité s'occupe désormais de toutes les questions techniques.

7. Commentant l'ordre du jour, le Dr Samba a souligné le rôle des hôpitaux dans la prestation des soins spécialisés, permettant de réduire les évacuations coûteuses en dehors de l'Afrique. Il a informé le Sous-Comité du Programme des efforts accomplis par le Bureau régional pour promouvoir le développement d'hôpitaux sous-régionaux de référence. Il a attiré l'attention du Sous-Comité des risques d'échecs dans ce domaine si l'on ne parvenait pas à surmonter le problème de la concurrence entre pays. Il a d'autre part rappelé que les situations d'urgence en Afrique tels que la sécheresse, les inondations, les séismes ou les flambées épidémiques revêtaient un caractère endémique.

8. Le Directeur régional a rappelé qu'à la session du Comité régional tenue à Libreville en 1995, les Ministres de la Santé avaient proposé de consacrer 15 % de leur budget national au secteur de la santé – ce qui avait été confirmé par les Chefs d'Etat réunis à Abuja en 2000. Il a déploré le fait que les Etats Membres n'avancent que lentement vers l'atteinte de cet objectif. L'étude Macroéconomie et Santé entreprise par le Dr Brundtland montre que le fait d'investir dans la santé comporte d'énormes retombées économiques. L'Afrique ne peut se développer tant que la majorité de la population n'est pas en bonne santé. Le Dr Samba a instamment invité les Etats Membres à accroître leurs investissements dans la santé – ce qui constitue une excellente stratégie de lutte contre la pauvreté.

9. Le Dr Samba a sincèrement remercié les Chefs d'Etat de l'avoir élu et a exprimé sa gratitude à l'ensemble de son personnel pour l'excellent travail qu'il accomplit, et qui fait aujourd'hui de la Région africaine l'une des meilleures. L'Afrique peut occuper dignement la place qui lui est due dans les forums internationaux

10. Le Professeur Pierre-André Kombila-Koumba, Président du Sous-Comité du Programme, a exprimé ses remerciements aux membres pour l'honneur qui lui a été fait et, à travers lui, à son pays. Après avoir félicité le Directeur régional et son équipe pour l'excellent travail qu'il accomplit et la qualité des documents produits, il a conclu en précisant que sa tâche consistait à coordonner et à faciliter les travaux du Sous-Comité du Programme.

11. L'ordre du jour (Annexe 2) et le programme de travail (Annexe 3) ont été adoptés sans modification.

MACROECONOMIE ET SANTE : L'AVENIR DANS LA REGION AFRICAINE

(document AFR/RC53/8)

12. Le Dr J. M. Kirigia du Secrétariat a présenté dans les grandes lignes le document portant sur la macroéconomie et la santé.

13. Il a expliqué qu'en janvier 2000, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé avait constitué une Commission Macroéconomie et Santé (CMS) afin d'étudier les liens entre l'augmentation des investissements dans la santé, le développement économique et la réduction de la pauvreté.

14. L'analyse de la CMS a révélé que la mauvaise santé contribue de façon significative à la pauvreté et à la faible croissance économique un nombre réduit d'affections est responsable de la forte proportion de populations en mauvaise santé et de décès prématurés un accroissement sensible du recours aux interventions ayant un bon rapport coût/efficacité pour résoudre les problèmes de santé prioritaires est susceptible de sauver annuellement des millions de vies un système «de proximité» s'impose pour intensifier les interventions rentables ciblant les pauvres le niveau actuel des dépenses de santé des Etats Membres sont insuffisants pour intensifier les interventions rentables.

15. A la lumière de ces conclusions, la Commission a recommandé que l'on fasse preuve, tant au niveau national qu'international, d'une plus grande volonté politique afin d'accroître les investissements dans des systèmes de santé «de proximité» et de recourir davantage B des interventions rentables pour résoudre aux problèmes de santé prioritaires. Etant donné que les Etats Membres se trouvent dans des contextes différents et font face B des défis différents, le document propose – plutôt que de prescrire – des étapes génériques à suivre pour élaborer des plans d'investissement en vue d'accroître le recours aux interventions rentables pour résoudre les problèmes de santé et ceux connexes revêtant un caractère prioritaire.

16. Le Dr Kirigia a indiqué que ces étapes génériques sont les suivantes : la construction d'un consensus pour l'application des conclusions et recommandations de la CMS au niveau des pays; la conclusion d'arrangements institutionnels pour faciliter l'application de ces recommandations; l'analyse de la situation et l'élaboration d'un plan stratégique; la définition de lignes directrices sur les dispositions B prendre pour combler les insuffisances de dépenses; la révision des plans de développement des secteurs de la santé et connexes ainsi que des éléments correspondants des documents de stratégie de réduction de la pauvreté; l'application du plan stratégique pluriannuel par les ministères et institutions concernés; la surveillance continue, l'évaluation et enfin la préparation des comptes rendus.

17. Les membres du Sous-Comité du Programme ont estimé que ce document pourrait être un outil utile pour planifier l'intensification des investissements nécessaires à l'expansion des interventions sanitaires centrées sur les pauvres. Ils ont indiqué que les activités en cours dans les Etats Membres pour l'analyse des comptes nationaux de santé permettront de quantifier les fonds actuellement disponibles, toutes sources confondues (y compris tous les secteurs concernés), ainsi que leur allocation et utilisation.

18. Le Sous-Comité du Programme a affirmé qu'il est impératif de mettre en place une forte fonction administrative dans le secteur de la santé. La contribution à la santé par les activités menées dans tous les autres secteurs (éducation, eau et assainissement, environnement, agriculture, travail, industrie, etc.) devrait être quantifiée pour permettre une estimation réelle et globale du financement de la santé.

19. Le Secrétariat a expliqué que la Macroéconomie et la Santé est un domaine d'activité relativement nouveau B l'OMS et marque un changement de cap en faveur d'une approche plus axée sur le développement plutôt que sur une approche médicale. On se souviendra toujours du

Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, pour avoir lancé les activités relatives à la macroéconomie et la santé. Le Secrétariat a assuré le Sous-Comité que l'OMS continuera à plaider et à oeuvrer au renforcement de la capacité des Etats Membres dans le domaine de l'économie sanitaire. Les capacités nationales en santé publique doivent être renforcées afin de s'assurer que l'intégration des problèmes de santé dans les politiques, projets et activités de tous les secteurs de développement.

20. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/1) à soumettre au Comité régional pour adoption.

RENFORCEMENT DU ROLE DES HOPITAUX DANS LES SYSTEMES NATIONAUX DE SANTE (document AFR/RC53/9)

21. Le Dr R. Chatora du Secrétariat a présenté le document.

22. Il a indiqué que le document propose un cadre pour améliorer la performance des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé. L'analyse de la situation montre qu'au cours de ces deux dernières décennies on a assisté à un déclin de la performance des systèmes de santé dans la Région africaine. Cette analyse révèle que le rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé est l'une des questions fondamentales sur lesquelles il importe de se pencher en priorité.

23. Le Dr Chatora a ajouté que le cadre proposé par le document définit trois fonctions de base des hôpitaux : prestation de services de santé de qualité; développement des ressources humaines pour la santé; et information et recherche.

24. Afin de permettre aux hôpitaux d'assurer ces fonctions de base, des orientations ont été proposées. A cet égard, le Dr Chatora a cité notamment le développement et l'administration générale des hôpitaux par le gouvernement; le renforcement de la collaboration entre les hôpitaux et les autres niveaux du système de santé; le développement des ressources humaines pour la santé; la promotion de la qualité des soins comme élément essentiel du développement des hôpitaux; l'amélioration des mécanismes de financement des hôpitaux; l'amélioration de l'organisation et de la gestion des hôpitaux; l'amélioration de la réactivité; et enfin l'amélioration de la collaboration entre la médecine traditionnelle et les hôpitaux.

25. Les rôles et responsabilités des pays, des partenaires et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la mise en oeuvre du cadre sont définis.

26. Le Dr Chatora a indiqué que la conclusion du document souligne que le renforcement des hôpitaux dans la Région africaine devrait s'inscrire dans le cadre de la réforme du secteur de la santé. Le grand intérêt accordé aux hôpitaux ne devrait pas détourner l'attention que méritent les autres niveaux du système de santé. Il conviendrait, à cet égard, de poursuivre les efforts déployés pour promouvoir les soins de santé primaires (SSP); ce qui implique que les autorités nationales assument fermement leur fonction d'administration générale et que les partenaires manifestent leur engagement.

27. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur satisfaction sur la qualité, l'importance et la pertinence du document, bien que le sujet ne soit débattu que maintenant. Ils ont souligné que ce document pourrait être un outil utile de plaidoyer auprès des gouvernements et des partenaires afin qu'ils renforcent leur appui aux hôpitaux et leur permettent de jouer leur important rôle dans la prestation de soins de qualité, la formation du personnel de santé et la recherche. Ils ont réaffirmé que l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, y compris la formation et la rémunération, est indispensable pour motiver et retenir les agents de santé. Le Sous-Comité du Programme a souligné que le renforcement des hôpitaux passe par une redynamisation conséquente des institutions de formation des personnels de santé.

28. Le Sous-Comité a souligné la nécessité d'affirmer l'importance de la participation de la communauté au développement et B la gestion des hôpitaux afin de garantir leur pérennité. De plus, les membres du Sous-Comité ont souligné la nécessité d'augmenter les allocations budgétaires accordées aux hôpitaux et faire en sorte qu'elles soient effectivement disponibles B temps et bien gérées.

29. En ce qui concerne la mobilisation des ressources pour les hôpitaux, les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance de partenariats inter-institutions. Il faudra B cet effet encourager les jumelages entre les hôpitaux d'Afrique et ceux des pays développés. Le Sous-Comité du Programme reste convaincu que le renforcement des hôpitaux doit être examiné globalement avant d'être abordé pays par pays. En outre, une décentralisation efficace des mécanismes de prestation des soins de santé et une utilisation rationnelle des ressources disponibles sont également nécessaires pour améliorer la performance des systèmes de santé.

30. Les amendements spécifiques suivants ont été proposés par le Sous-Comité du Programme pour l'amélioration du document :

- a) Dans le résumé, le paragraphe 3(a) devrait être libellé de la manière suivante : «développement des hôpitaux, avec administration générale par le gouvernement et participation effective de la communauté».
- b) Dans l'analyse de la situation :
 - la deuxième phrase du paragraphe 5 devrait se lire de la manière suivante : «le réseau des hôpitaux comprend les hôpitaux de district, les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de troisième niveau et les hôpitaux universitaires»;
 - la première phrase du paragraphe 7 devrait se lire de la manière suivante : «le financement des hôpitaux constitue un dilemme en ce sens que ceux-ci consomment généralement une grande partie des crédits affectés aux ministères de la santé (parfois plus de 70 % de l'ensemble du budget)»;

- la dernière phrase du paragraphe 9 devrait se lire de la manière suivante : «Dans de nombreux pays, les hauts responsables de l'Etat et les personnes aisées manifestent leur manque de confiance dans les hôpitaux publics en se faisant soigner dans des hôpitaux privés ou B l'extérieur du pays»;
 - la première phrase du paragraphe 13 devrait se lire de la manière suivante : «Certains programmes de santé utilisent les services de santé de district pour la formation en cours d'emploi et le développement des ressources humaines en santé».
- c) Dans la partie consacrée au «Cadre pour le renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé» :
- ajouter : «(d) participation de la communauté» au paragraphe 18»;
 - le paragraphe 19(a) devrait se lire «prestation de soins de recours»;
 - la première phrase du paragraphe 20 devrait se lire de la manière suivante : «la principale fonction des hôpitaux consiste B dispenser des soins de santé d'un bon rapport coût/efficacité aux malades qui leur sont référés»;
 - le paragraphe 24(a) devrait se lire de la manière suivante : «renforcement des hôpitaux, avec administration générale par le gouvernement et participation effective de la communauté»;
 - la première phrase du paragraphe 31 devrait se lire de la manière suivante : «la qualité des soins devrait devenir une préoccupation majeure dans la réforme des hôpitaux et une responsabilité collective de tous les professionnels de la santé».

31. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme de ses observations qui permettront d'enrichir le document. Il a reconnu que la situation actuelle des hôpitaux résulte de la dégradation des conditions économiques, du manque d'engagement des dirigeants en faveur des services sociaux et des conséquences des conflits civils. Le Secrétariat a souligné la nécessité d'un accroissement des investissements dans le secteur de la santé par les gouvernements et d'une amélioration de la gestion des ressources. Il a par ailleurs indiqué qu'en dernière analyse, il incombe aux gouvernements la responsabilité d'améliorer l'état de santé des Africains.

32. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/2) à soumettre au Comité régional pour adoption.

**LUTTE CONTRE LES TRAUMATISMES DANS LA REGION AFRICAINE :
SITUATION ACTUELLE ET PLAN D'ACTION** (document AFR/RC53/10)

33. Le Dr M. Mohamed Belhocine du Secrétariat a présenté ce document.

34. Il a rappelé que, comme le souligne le document, les traumatismes sont tout aussi importants que les autres maladies et que, la prévention et la lutte dans ce domaine impliquent les mêmes principes que pour d'autres problèmes de santé publique. On classe les traumatismes selon qu'ils sont volontaires ou involontaires. Les traumatismes involontaires comprennent les accidents de la route, les intoxications, les chutes, les brûlures et les noyades; alors que les traumatismes volontaires recouvrent la violence interpersonnelle, collective et infligée à soi-même.

35. Le Dr Belhocine a souligné que les traumatismes sont des problèmes sociaux aux conséquences graves pour la santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Ils sont responsables de 11 % du taux de mortalité global et de 13% de toutes les années de vie perdues ajustées sur l'incapacité. En 2000, ne serait-ce que dans la Région africaine, on estime à 725 000 le nombre de personnes mortes des suites de traumatismes, ce qui représente 7 % de tous les décès et 15 % des décès liés à des traumatismes dans le monde.

36. Il a d'autre part fait observer que l'impact économique, social et sanitaire des traumatismes et violence est significatif et important dans les pays pauvres et auprès des populations déshéritées. En effet, les traumatismes peuvent entraîner une paupérisation, et la pauvreté est un facteur de risque pour les traumatismes et la violence. 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.

37. Le Dr Belhocine a déclaré que le secteur de la santé était finalement le point de convergence commun de tous les traumatismes et ce, parce que l'information, l'éducation, la communication, la surveillance des données, les soins pré-hospitaliers et hospitaliers et la réadaptation font appel aux personnes physiques et morales appartenant au secteur de la santé.

38. Le document se termine donc sur le constat que le secteur de la santé est au cœur du processus de prise de conscience du problème et de mobilisation les autres secteurs et parties prenantes. Le secteur de la santé devra ainsi faire un plaidoyer et travailler en faveur de politiques, de stratégies et de programmes complets de prévention et lutte contre les traumatismes et la violence et de prise en charge de ces problèmes.

39. Les membres du Sous-Comité ont jugé le document pertinent et intéressant. Ils ont recommandé que les facteurs ci-après soient mis en relief dans le document : la mondialisation, les catastrophes naturelles, les effets négatifs de l'urbanisation sauvage, les conséquences psychosociales et mentales des traumatismes, l'instabilité politique, l'insécurité, les effets de la guerre, les taux élevés d'homicide, la toxicomanie parmi les jeunes qui est responsables d'excès de vitesse et, enfin, les pratiques traditionnelles nuisibles. De plus, ils ont recommandé que des recherches plus approfondies soient faites sur la notion de «paix» et sur ses déterminants, de

manière à dégager une orientation claire qui pourrait servir pour le plaider au plus haut niveau dans les pays.

40. Les membres du Sous-Comité ont décidé d'apporter les modifications ci-après au document :

a) Dans le résumé :

- à la deuxième phrase du paragraphe 1, après les mots «manque de», insérer «renseignements bien documentés et de»;
- au paragraphe 4, après les mots «soins pré-hospitaliers», insérer «y compris les services d'urgence et d'ambulance»;
- au paragraphe 5, ajouter «fondés sur des bases factuelles» après «de lutte contre la violence»; à la fin de la phrase, ajouter «et à atténuer les conséquences des traumatismes.»

b) Dans l'introduction :

- aux paragraphes 3 et 4, faire figurer les «catastrophes naturelles» parmi les causes de traumatisme – ce qui devrait se retrouver également au paragraphe 8;
- au paragraphe 4, définir le terme «collective»; il faudrait souligner la corrélation entre pauvreté et traumatismes en l'étayant par des données statistiques;
- la modification ne concerne que le texte anglais;
- au paragraphe 8, inclure «les mécanismes de prise en charge des situations d'urgence».

c) Dans la partie Situation actuelle :

- au paragraphe 11, mentionner «les troubles politiques et les facteurs socio-culturels»;
- au paragraphe 13, mettre à jour la figure 2 en faisant appel à des statistiques plus récentes;
- au paragraphe 25, donner des statistiques sur le nombre de suicides dans la Région africaine.

d) Dans la partie Plan d'action :

- au paragraphe 28, insérer «sur la base de données factuelles» après le mot «promouvoir» et insister sur le renforcement du rôle de la recherche pour la prévention des traumatismes;
- dans la deuxième phrase du paragraphe 30, ajouter le membre de phrase «et d'encourager un partenariat plus large et plus efficace»;

e) Dans la partie Rôles et responsabilités :

- au paragraphe 31, la notion de « paix » devrait être explicitée; il faudrait aussi faire la distinction entre «paix» et «absence de guerre»;
- au paragraphe 35, il faudrait mentionner les «premiers secours» et également insérer «la prévention à assise communautaire, la réadaptation...»;
- au paragraphe 37, ajouter «et renforcer» après «évaluer» en supprimant les mots «puis les adapter aux besoins»;
- au paragraphe 38, insérer «curatives et préventives» avant «interventions».

f) Dans la partie Suivi et évaluation, il faudrait intégrer l'aspect préparation aux situations d'urgence et indiquer qui est responsable du suivi et de l'évaluation;

41. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leurs observations, qui serviront à améliorer le document. Il a reconnu que les conséquences psychosociales des traumatismes étaient un problème important dans la Région. Le Secrétariat a précisé que le manque de données sur le suicide en Afrique était dû à diverses causes, dont les carences des systèmes d'information et des facteurs spécifiques d'ordre culturel. Il a souligné que la responsabilité du suivi et de l'évaluation incombait aux pays et que l'OMS apporterait l'appui nécessaire.

42. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/3) à soumettre au Comité régional pour adoption.

SANTE DE LA FEMME : STRATEGIE POUR LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC53/11)

43. Le Dr O. Oluwole du Secrétariat a présenté ce document.

44. Elle a rappelé que, d'après la définition donnée dans le document, la santé de la femme est un état de complet bien-être physique, mental et social tout au long de sa vie et ne se limite pas simplement à sa santé génésique. La vulnérabilité biologique des femmes à certaines affections (comme le VIH/SIDA), leur position peu élevée dans la société, leur difficulté à avoir accès aux

services de santé, leur faible niveau d'instruction et leur absence d'autonomie sont les principaux déterminants de leur mauvaise santé.

45. Le Dr Oluwole a fait observer que le document rendait compte des diverses étapes de la santé de la femme. Par exemple, les infections, les traumatismes et les violences sexuelles sont courants dans l'enfance. L'adolescence, se caractérise par les mariages précoces, les grossesses non désirées, les avortements à risqué, les pratiques traditionnelles néfastes et les mutilations sexuelles féminines. Lors de la période de procréation, la morbidité et la mortalité maternelles représentent des défis majeurs de santé publique. Chez les femmes âgées, le cancer du sein et du col de l'utérus, l'ostéoporose, le syndrome post-ménopausique et la dépression mentale sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/SIDA et la violence touchent les femmes tout au long de leur vie. La tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA constituent une triade mortelle pour les femmes africaines.

46. Elle a indiqué que la stratégie relative à la santé de la femme a pour but de contribuer à la réalisation d'un meilleur niveau de santé possible pour elle. Le Dr Oluwole a abordé les affections qui sont spécifiques aux femmes, plus répandues chez elles, ou qui présentent des conséquences graves et comportent certains facteurs de risque pour elles.

47. Elle a indiqué par ailleurs que les interventions proposées portent sur l'amélioration de la réactivité des systèmes de santé aux besoins spécifiques des femmes; l'élaboration des politiques appropriées ainsi que des stratégies de plaidoyer et de communication, et de renforcement de la capacité des divers cadres prestataires de soins de santé à tous les niveaux, et dans l'optique du partenariat avec les femmes, les hommes, les leaders d'opinion, les organisations à assise communautaire, les ONG, les ministères concernés ainsi que les institutions publiques et privées.

48. Le Dr Oluwole a rappelé comme indiqué dans le document que les Etats Membres devraient élaborer ou réviser les cadres juridiques et collecter des données désagrégées par sexe pour la promotion de la santé des femmes; l'OMS et les partenaires, devraient fournir une assistance technique, développer des outils et des directives et aider les pays à appliquer des indicateurs appropriés; il importe de créer un environnement favorable : à l'amélioration de la réactivité du système de santé aux besoins des femmes, à l'éducation des fillettes, à la prestation de soins de santé de qualité, à l'élimination des discriminations liées au sexe aux mutilations sexuelles féminines et, enfin à la reconnaissance du rôle des femmes dans l'entretien du cycle de la vie humaine. Concluant sa présentation, le Dr Oluwole a proposé de remplacer, dans les paragraphes 24 et 34 de la version française, le sigle «EOC» par celui de «SOU». A la deuxième phrase du paragraphe 34, il faudrait lire «statistiques sanitaires indispensables désagrégées» au lieu de « statistiques sanitaires indispensables ventilées».

49. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour avoir élaboré une stratégie relative à la santé de la femme. Après avoir examiné les divers aspects du document, ils ont soulevé les points suivants :

- a) la nécessité de prendre en compte les problèmes spécifiques des femmes en milieu rural;
- b) la position de l'OMS concernant le remplacement de l'expression « mutilations sexuelles féminines » par « excision » ;
- c) la nécessité d'éduquer les fillettes pour libérer les femmes du fardeau propre à la condition féminine, y compris la pauvreté.

50. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé les observations et les suggestions suivantes pour améliorer le document :

- a) au deuxième paragraphe, il a été demandé de clarifier la signification de «geographical and financial access»;
- b) dans la dernière phrase du paragraphe 2, les facteurs énumérés ne sont pas spécifiques aux femmes;
- c) au paragraphe 9, quatrième phrase, remplacer le mot «inacceptable» par «extrêmement élevé» et ajouter «absence de soins prénataux»;
- d) au paragraphe 10, il a été demandé de donner des précisions sur «épuisement maternel», «incapacités maternelles» et «culture du silence et d'endurance»;
- e) au paragraphe 12, il importe d'inclure le problème des orphelins du VIH/SIDA et celui du fardeau qu'impose la prise en charge de ces orphelins aux personnes âgées; en outre, des précisions devraient être données sur la vulnérabilité biologique des femmes au VIH/SIDA;
- f) au paragraphe 13, des précisions ont été demandées sur la phrase commençant par «la recrudescence de la tuberculose»;
- g) au paragraphe 15, il a été demandé de produire un rapport sur les progrès accomplis en matière d'élimination des mutilations sexuelles féminines dans la Région;
- h) au paragraphe 19 a), l'expression «Faire compagne pour l'adoption de politiques et de programmes soucieux de la santé des femmes» devrait être remplacée par «Faire compagne pour l'adoption de politiques et de programmes de santé prenant compte les problèmes spécifiques aux femmes»;
- i) au paragraphe 19 b), ajouter «en particulier la mortalité maternelle» à la fin de la phrase;
- j) au paragraphe 19 c), ajouter «et veiller à la maternité à moindre risque» à la fin de la phrase;
- k) au paragraphe 20, il a été proposé d'inclure la question de l'éducation des fillettes;

- l) au paragraphe 20 b), ajouter à la fin de la phrase «en particulier des soins obstétricaux d'urgence»;
- m) au paragraphe 23, deuxième phrase, ajouter «l'hypertension artérielle» avant «le diabète et la cécité»;
- n) au paragraphe 35 de la version française, deuxième phrase, il a été demandé de remplacer «engagement ferme » par « ferme engagement».

51. Les observations et les suggestions ci-après ont été formulées en ce qui concerne le résumé :

- a) ajouter à la fin du paragraphe 2 : «Tous ces facteurs exigent des études détaillées afin d'orienter les politiques et de promouvoir une planification et des interventions efficaces»;
- b) au paragraphe 4, il a été proposé de rattacher les objectifs de cette stratégie régionale aux Objectifs du Développement du Millénaire (ODM);
- c) au paragraphe 5, ajouter «grâce à des informations solides provenant de la recherche sur» après «systèmes de santé» et ajouter «reposant sur des bases factuelles» après «appropriées».

52. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme pour ses commentaires et ses suggestions et l'a assuré qu'ils seront incorporés à la version finale.

53. Par ailleurs, il a été rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme que les femmes comptent pour plus de la moitié de la population en Afrique et que, par conséquent, elles sont partie prenante du processus de développement. L'éducation des fillettes s'avère un des principaux facteurs qui favorisent la promotion de l'équité vis-à-vis des femmes, la responsabilisation des femmes, leur accès aux systèmes de santé et la réduction des pratiques traditionnelles néfastes. Quoique la pauvreté et le mal développement affectent aussi bien les hommes que les femmes, il a été souligné que ce sont ces dernières qui en subissent beaucoup plus l'impact. En outre, il a été précisé que le présent document stratégique dépasse le cadre strict de la maternité sans risque pour prendre en compte l'ensemble des risques auxquels la femme est exposée tout au long de sa vie.

54. Le Secrétariat a apporté les explications ci-après en réponse aux questions spécifiques qui lui ont été posées :

- a) L'OMS continue à utiliser l'expression mutilations sexuelles féminines plutôt qu'excision féminine qui a été proposée, car cette pratique est une réelle mutilation des parties génitales et non une simple excision;

- b) La notion d'accessibilité géographique traduit la facilité d'atteindre une formation sanitaire en fonction de la distance et des conditions topographiques ; et par accès économique, on entend la possibilité financière qu'a un individu à assurer le coût de ses soins.
- c) Afin de disposer d'une meilleure information concernant l'état de santé des hommes et des femmes, il importe de disposer de données désagrégées; il convient alors de retenir l'expression «données désagrégées» et de modifier en conséquence la version portugaise.
- d) S'agissant de la vulnérabilité biologique des femmes au VIH/SIDA, quatre facteurs déterminants ont été évoqués, à savoir : la superficie de la muqueuse vaginale; la quantité de sperme émise dans le vagin, l'importance de la charge virale du sperme; les micro-traumatismes du vagin qui se produisent lors des rapports sexuels.
- e) En ce qui concerne les facteurs énumérés au paragraphe 2, le Secrétariat a demandé au Sous-Comité de se reporter au paragraphe 17 du document : quand bien même les hommes et les femmes sont affectés par les mêmes facteurs, les risques sont différents pour les femmes et les conséquences plus graves chez elles. Cela explique une des valeurs ajoutées de cette stratégie.
- f) S'agissant de la «culture du silence et de l'endurance», il a été expliqué que dans le contexte traditionnel africain, on apprend aux enfants en général aux filles en particulier à garder le silence lorsque d'autres membres de la famille s'expriment; par conséquent, elles grandissent dans ce silence et s'occupent davantage des membres de la famille que d'elles-mêmes.
- g) Par «épuisement maternel», on entend un syndrome courant de fatigue chronique causée par de nombreuses grossesses ou des grossesses trop rapprochées, et aggravée par la malnutrition et à l'anémie.
- h) S'agissant de la question des incapacités liées à la maternité, il a été proposé de remplacer «*incapacidades maternas*» par «*incapacidades de correntes da maternidade* » traduction portugaise devait être révisée.
- i) Au paragraphe 10 de la version portugaise du document et s'agissant des progrès réalisés dans l'élimination des mutilations sexuelles féminines, les membres du Sous-Comité ont été informés qu'une enquête est en cours pour évaluer les résultats des cinq premières années de mise en œuvre du Plan d'action régional sur 20 ans visant à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines, et que d'ici décembre 2003, les résultats préliminaires seront disponibles pour les Etats Membres.

55. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/4) à soumettre au Comité régional pour adoption.

SALUBRITE DES ALIMENTS ET SANTE : PERSPECTIVES DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC53/12)

56. Le Dr E. Anikpo-Ntame du Secrétariat a présenté ce document.

57. Elle a expliqué que le document considère les maladies d'origine alimentaire comme un problème majeur de santé publique et un facteur de réduction de la productivité économique. Chaque année, à travers le monde, des millions de personnes tombent malades par suite de la consommation d'aliments contaminés et malsains. Assurer la salubrité des aliments est une composante importante et fondamentale de santé et de sécurité alimentaire. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.15 qui prie l'OMS et les Etats Membres de considérer la salubrité des aliments comme l'une des fonctions essentielles de la santé publique.

58. Le Dr Anikpo-Ntame a déclaré que les dangers liés aux aliments comprennent les risques dûs aux germes pathogènes d'origine alimentaire et les contaminants chimiques et physiques. Les facteurs socio-économiques, environnementaux et climatiques, ainsi que les mauvaises conditions d'hygiène personnelle et alimentaire favorisent la contamination des aliments dans la Région.

59. Elle a indiqué que la grande incidence des maladies d'origine alimentaire constitue un défi permanent pour la Région. Bien que certaines mesures positives aient été prises pour améliorer la salubrité des aliments, celles-ci n'ont pas encore abouti à un résultat satisfaisant. Il ressort d'une enquête réalisée par l'OMS en 2002 sur la salubrité des aliments dans la Région que la plupart des politiques et programmes nationaux comportent des lacunes et des liens inadéquats entre les stratégies. Il est donc nécessaire de renforcer la capacité des pays à mettre en place des systèmes complets, viables et intégrés en vue d'assurer la salubrité des aliments. La réduction des maladies d'origine alimentaire passe par l'existence et l'application de législations en matière de salubrité des aliments, la mise en oeuvre de mesures de prévention fondées sur la notion du risque, la surveillance et le renforcement des capacités.

60. Tenant compte de la nécessité d'améliorer la situation de la salubrité des aliments dans la Région, le document a souligné l'ampleur de ce problème, a examiné les relations qui existent entre la salubrité des aliments, la santé et le développement et a proposé des approches et des actions prioritaires pour renforcer les activités relatives à la salubrité des aliments dans les pays.

61. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour avoir proposé l'inscription de cette importante question à l'ordre du jour et pour la qualité du document produit. Toutefois, ils ont relevé que ce document n'a pas abordé le rôle des laboratoires dans la surveillance de la salubrité des aliments. Etant donné que divers secteurs participent à la production, à la manipulation, à l'inspection, à l'importation et l'exportation des aliments, les membres du Sous-Comité ont souligné la nécessité d'une collaboration multisectorielle sous la coordination et la responsabilité des ministères de la santé. Les rôles de ces divers secteurs devraient être clairement définis par les gouvernements pour éviter des doubles emplois et pour améliorer la synergie.

62. Le Sous-Comité du Programme a également souligné l'absence d'outils et le manque de préparation des pays de la Région à faire face aux dangers liés aux aliments, tels que la contamination par des agents radioactifs, chimiques, bactériologiques, etc. Ils ont insisté, sur la nécessité de mettre en place des réseaux d'information inter-pays et des mécanismes d'alerte rapide.

63. Le Sous-Comité du Programme a proposé les modifications spécifiques suivantes pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 26 de la version française, ajouter «*sur*» après «*fondée*»;
- b) dans la première phrase du paragraphe 37, ajouter le mot «coordonnés» avant le mot «*exécutoires* » et à la fin de la phrase, ajouter «y compris leur application»;
- c) dans le résumé, il a été proposé d'inclure un autre paragraphe pour prendre en compte les questions relatives aux doubles emplois, la synergie et la coordination entre les ministères intervenant dans ce domaine.

64. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs observations pertinentes et les a rassurés qu'elles seront incorporées au document final.

65. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/5) à soumettre au Comité régional pour adoption.

**INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS LIEES AU VIH/SIDA,
AU PALUDISME ET A LA TUBERCULOSE** (document AFR/RC53/13)

66. Le Dr A. Kaboré du Secrétariat a présenté ce document.

67. Il a souligné le fait que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme contribuent à la charge élevée de morbidité et de mortalité de la Région africaine de l'OMS, laquelle représente plus de 90 % des cas et décès imputables à ces maladies dans le monde. Ces maladies constituent un énorme fardeau pour les gouvernements, les communautés et les familles et entretiennent le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé dans lequel des millions de personnes se trouvent enfermées.

68. Le Dr Kaboré a fait savoir que nombre d'interventions novatrices et ayant un bon rapport coût/efficacité ont été mises au point au fil des années pour réduire la charge de ces trois maladies. A cet effet, la Région a adopté des stratégies, des cadres de référence et des résolutions; les pays ont élaboré et appliquent présentement des plans d'action conformes à ces décisions.

69. On compte à ce jour les réalisations suivantes : un engagement politique plus poussé des pays et l'établissement de partenariats pour accélérer la mise en œuvre des interventions; le renforcement des capacités pour la prévention et le contrôle de ces trois maladies; une meilleure

connaissance concernant le VIH/SIDA et la sécurité transfusionnelle; des taux accrus de dépistage de la tuberculose et une meilleure application de la stratégie DOTS; une plus grande capacité en matière de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme dans presque tous les pays.

70. Le Dr Kaboré a déploré le fait qu'en dépit de ces réalisations, les taux de couverture et l'accessibilité aux interventions menées contre ces maladies demeurent faibles : seulement 6 % des adultes ont accès aux services de conseils et de dépistage volontaires, 40 % des pays disposent de services assurant le traitement DOTS à l'échelle nationale, et le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide est de 5 %. Les tendances de ces maladies ne manifestent aucun signe de déclin. Cette situation s'explique en grande partie par l'insuffisance des ressources humaines et financières, le coût inaccessible des médicaments destinés à la prévention et au traitement, et la faiblesse des infrastructures. Ces contraintes sont aggravées par des approches mal adaptées à la mise en œuvre des stratégies relatives aux programmes concernés.

71. Le Dr Kaboré a souligné que la mise en œuvre des approches préconisées dans le présent document contribuera de manière significative à une intensification des interventions relatives à ces trois maladies. Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux ainsi que l'Initiative Faire reculer le paludisme offrent d'énormes possibilités d'intensifier la mise en œuvre des activités. En concluant son exposé, le Dr Kaboré a proposé la modification du texte français, paragraphe 21 comme suit : «*Les objectifs spécifiques, en accord avec les déclarations d'Abuja et la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, sont :*».

72. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour le document. Ils ont souligné la nécessité que ce document prenne en compte et valorise la médecine traditionnelle qui a un rôle à jouer dans la recherche sur ces trois maladies et leur prise en charge. Ils ont en outre exprimé le besoin de définir un mécanisme qui permette d'empêcher que les antirétroviraux à coûts abordables destinés aux pays en développement soient détournés vers les pays développés. Ils ont suggéré que dans l'ensemble du document, le terme de VIH/SIDA soit utilisé au lieu de VIH. Ils ont également proposé de prendre en compte dans la section du document concernant les contraintes, les problèmes spécifiques des pays en situation de conflits et post-conflits, ceux des populations déplacées du fait de ces conflits, et ceux relatifs à la pauvreté grandissante.

73. Les membres ont fait les suggestions ci-après en vue de l'amélioration du document :

- a) la dernière phrase du paragraphe 6 doit commencer comme suit : «Certains pays de la Région comptent»;
- b) la deuxième phrase du paragraphe 7 doit commencer comme suit : «Il est à l'origine de 30 à 50 %»;
- c) étant donné que les paragraphes 11 à 14 traitent tous de *questions administratives*, il a été suggéré de les regrouper en un seul paragraphe;

- d) à la deuxième phrase du paragraphe 13, il a été proposé d'ajouter après «de la planification et de la gestion» «et la composition inappropriée des organes de coordination»;
- e) au paragraphe 18, après «ONG» ajouter «des organisations à base communautaire»;
- f) à la dernière phrase du paragraphe 19, avant «réaffirment davantage» ajouter «et d'autres initiatives de réduction de la pauvreté»;
- g) au paragraphe 22 c), des éclaircissements ont été demandés concernant l'«acceptabilité culturelle»; il a été également suggéré qu'après «la mise en œuvre des activités» qu'il soit ajouté «et d'assurer la participation de la communauté»;
- h) à la dernière phrase du paragraphe 24, ajouter «des communications interpersonnelles» après «stations de radio locales et rurales pour assurer»;
- i) dans la dernière phrase de la version portugaise, remplacer «*catalitico*» par «*catalizador*»;
- j) au paragraphe 26 a), après «ONG» ajouter «des organisations à base communautaire», et au 26 b) ajouter «au secteur industriel» avant «aux ONG»;
- k) dans la première phrase du paragraphe 38, ajouter «à tous les niveaux» après «participeront».
- l) au paragraphe 39 du texte portugais, des éclaircissements ont été demandés concernant la phrase «*suprimentos dispendiosos para a prevençao*»;
- m) au paragraphe 3 du résumé, après «engagement politique» ajouter «développement des plans stratégiques par les pays»;
- n) au paragraphe 4 du résumé, il a été demandé d'expliquer pourquoi le document n'inclut pas la notion de «Salubrité de l'environnement».

74. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme de ses commentaires et suggestions et les a assurés qu'ils seront pris en compte dans la version finale du document.

75. Concernant la clarification relative au taux de 30 % de consultations externes et d'hospitalisations dues au paludisme, le Secrétariat s'est proposé de consulter à nouveau les documents de référence, de corriger le cas échéant le pourcentage en question, et de citer la source des données. S'agissant de l'«acceptabilité culturelle», il a été expliqué qu'il importe de tenir compte de l'environnement culturel à l'étape de l'application des stratégies élaborées au niveau régional. Concernant la traduction du mot *supplies* au paragraphe 39, il a été proposé d'utiliser le terme de *materiais* en portugais et celui de *matériels* en français.

76. S'agissant de la question sur la «Salubrité de l'environnement», le Secrétariat a expliqué que les bases factuelles actuellement disponibles montrent que les interventions basées sur la Salubrité de l'environnement n'offrent pas un bon rapport coût/efficacité pour la prévention du paludisme.

77. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC53/WP/6) à soumettre au Comité régional pour adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

(document AFR/RC53/7)

78. Après avoir examiné le rapport, procédé à un court débat et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport tel que modifié.

ATTRIBUTION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL

79. Le Sous-Comité du Programme a décidé que son Président et ses Rapporteurs présenteraient le rapport au Comité régional et que, au cas où l'un des Rapporteurs ne serait pas en mesure de participer au Comité régional, le Président présenterait la partie du rapport concernée.

80. La répartition des responsabilités pour la présentation du rapport au Comité régional a été la suivante :

- a) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8)
Professeur Pierre-André Kombila-Koumba (Président)
- b) Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9)
Professeur Pierre-André Kombila-Koumba (Président)
- c) Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10)
Dr Omar Sam (Rapporteur)
- d) Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11)
Dr Omar Sam (Rapporteur)
- e) Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12)
Dr Miaka mia Bilenge (Rapporteur)

- f) Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose (document AFR/RC53/13)
Dr Miaka mia Bilenge (Rapporteur)

CLOTURE DE LA REUNION

81. Le Professeur Pierre-André Kombila-Koumba a remercié les membres du Sous-Comité du Programme d'avoir facilité son travail. Il a rendu hommage au Directeur régional et au personnel du Bureau régional pour la qualité et la pertinence des documents présentés, ce qui a facilité les discussions. Il a fait remarquer que, même si les sujets ayant fait l'objet des discussions n'étaient pas tout à fait nouveaux, le processus d'apprentissage avait été utile et que les solutions proposées pour résoudre les problèmes devraient d'être mises en oeuvre par les Etats Membres et les gouvernements.

82. Le Président a informé les participants que la République démocratique du Congo, la Guinée équatoriale, l'Erythrée, l'Ethiopie, le Gabon et la Gambie étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres de leur contribution assidue aux travaux du Sous-Comité. Ces pays seront remplacés par Madagascar, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, Maurice et le Mozambique.

83. Le Dr Sambo, au nom du Directeur régional, a remercié le Président pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion et les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs excellentes contributions et leurs orientations, qui ont permis d'enrichir les documents. Il a assuré le Sous-Comité du Programme que ces propositions et ces recommandations seraient prises en compte pour réviser les documents qui seront soumis à la prochaine session du Comité régional.

84. Il a déclaré qu'il ne soulignera jamais assez la nécessité de prendre en compte les déterminants essentiels de la santé dans l'analyse du développement sanitaire. Il a par ailleurs expliqué qu'avec la publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, dont le thème est : «Réduire les risques et promouvoir une vie saine», l'OMS s'était engagée dans une approche de plus en plus multisectorielle pour atténuer les risques qui pèsent sur la santé. Il a ajouté que le ferme engagement de tous les secteurs concernés est indispensable pour surmonter ces divers risques au niveau des pays.

85. Le Dr Sambo a remercié le Secrétariat et les interprètes pour le merveilleux travail qu'ils ont accompli et qui a contribué au succès de la réunion.

86. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. ETATS MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr C. Miaka mia Bilenge
Secrétaire général à la Santé
123 A, Avenue de la Justice
Kinshasa/Gombe

GUINEE EQUATORIALE

Dr Benigno Ela Ondo Mba
Chef du Service de Planification et
Programmation
Ministère de la Santé et du Bien-Etre social
Malabo

ERYTHREE

Dr Goitom Mebrahtu
Head of Disease Surveillance Unit
Ministry of Health
P.O. Box 418
Asmara
E-mail goitom@tse.com.er

ETHIOPIE*

GABON

Professeur Pierre-André Kombila-Koumba
Directeur général de la Santé
B.P. 861
Libreville

* N'a pas pu participer.

LA GAMBIE

Dr Omar Sam
Director of Health Services
Ministry of Health
The Quadrangle
Banjul

GHANA

Dr Kofi Ahmed
Chief Medical Officer, Ministry of Health
P.O. Box M.B. 44
Accra

GUINEE-BISSAU

Dr. Júlio César Graça Sá Nogueira
Director Geral de Saúde Pública

GUINEE*

KENYA

Dr Teniin J. Gakuruh
Deputy Director for Medical Services
P.O. Box 30016
Nairobi

LESOTHO

Mrs Matseliso Joyce Rasethumba
Deputy Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Annexe1

LIBERIA

Professor Eugene Didi Dolopei
Deputy Chief Medical Officer
P.O. Box 10-9009
Monrovia

**2. MEMBRES DU CONSEIL
EXECUTIF**

Dr Jean-Baptiste Ndong
Inspecteur général de la Santé
B.P. 13865
Libreville
Gabon

Dr Yankuba Kassama
Secretary of State for Health and Social
Welfare
The Quadrangle
Banjul
Gambia

Dr Kwaku Afriyie*
Minister of Health
Accra
Ghana

**3. COMITE CONSULTATIF
AFRICAIN POUR LA RECHERCHE
ET LE DEVELOPPEMENT
SANITAIRES (CCARDS)**

Dr Mohamed Said Abdullah
Vice-Chairman of AACHRD
P.O. Box 20707
Nairobi
Kenya

* N'a pas pu participer.

ANNEXE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC53/6)
4. Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8)
5. Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9)
6. Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10)
7. Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11)
8. Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12)
9. Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose (document AFR/RC53/13)
10. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC53/7)
11. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
12. Clôture de la réunion

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : MARDI 17 JUIN 2003

- | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|
| 10h00 – 10h10 | Point 1 de l'ordre du jour : | Ouverture de la session |
| 10h10 – 10h20 | Point 2 de l'ordre du jour : | Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs |
| 10h20 – 10h30 | Point 3 de l'ordre du jour : | Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC53/6) |
| 10h30 – 11h00 | Pause-café | |
| 11h00 – 12h30 | Point 9 de l'ordre du jour : | Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose (document AFR/RC53/13) |
| 12h30 – 14h30 | Pause-déjeuner | |
| 14h30 – 16h00 | Point 5 de l'ordre du jour : | Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9) |

2^{ème} JOUR : MERCREDI 18 JUIN 2003

- | | | |
|---------------|-------------------------------------|---|
| 09h00 – 10h30 | Point 6 de l'ordre du jour : | Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10) |
| 10h30 – 11h00 | Pause-café | |
| 11h00 – 12h30 | Point 7 de l'ordre du jour : | Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11) |
| 12h30 – 14h30 | Pause-déjeuner | |
| 14h30 – 16h00 | Point 8 de l'ordre du jour : | Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12) |
| 17h00 | Cocktail | |

Annexe 3

3^{ème} JOUR : JEUDI 19 JUIN 2003

09h00 – 10h30 **Point 4 de l'ordre du jour :** Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8)

11h00 – 17h00 **Rédaction du rapport** (Travail du Secrétariat)

4^{ème} JOUR : VENDREDI 20 JUIN 2003

11h00 – 13h00 **Points 10, 11 et 12 de l'ordre du jour :**

- Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC53/7)
- Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
- Séance de clôture

