

ANNEXE 2

ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des désignations
3. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004 : Rapport annuel du Directeur régional (document AFR/RC55/2)
 - 6.1 Exécution du Budget Programme 2004–2005
 - 6.2 Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques
 - a) Élimination de la lèpre dans la Région africaine
 - b) Programme régional de lutte contre la tuberculose
 - c) Stratégie régionale pour les secours d'urgence et l'action humanitaire
 - d) Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles
 - e) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005
 - f) Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine
 - g) Pauvreté et santé : Stratégie de la Région africaine
 - h) Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale
 - i) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
 - j) Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
 - k) Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine de l'OMS
 - l) Amélioration de l'accès aux soins et au traitement pour le VIH dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005», et au-delà
 - m) Stratégie régionale de lutte contre le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre
 - n) Lutte contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC55/3)

- 7.2 Ordres du jour de la cent-dix-septième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-sixième session du Comité régional (document AFR/RC55/4)
- 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC55/5)
- 8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/6)
 - 8.1 Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC55/7)
 - 8.2 Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/8)
 - 8.3 Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/9)
 - 8.4 Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/10)
 - 8.5 Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/11)
 - 8.6 Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/12)
 - 8.7 Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/13)
 - 8.8 Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/14)
 - 8.9 Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques (document AFR/RC55/15)
- 9. Programme général de Travail 2006–2015 (document AFR/RC55/16)
- 10. Information
 - 10.1 Rapport sur les ressources humaines dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC55/INF.DOC/1)

Annexe 2

- 10.2 Migration internationale des personnels de la santé : Un défi pour les systèmes de santé dans les pays en développement (document AFR/RC55/INF.DOC/2)
 - 10.3 Lutte contre la tuberculose : Situation dans la Région africaine (document AFR/RC55/INF.DOC/3)
 - 10.4 La drépanocytose: un problème de santé publique dans la Région africaine (document AFR/RC55/INF.DOC/4)
 - 10.5 Propagation de la grippe aviaire et préparation et action en cas de pandémie en Afrique (document AFR/RC55/INF.DOC/5)
 - 10.6 Variole : Destruction des stocks de virus variolique (document AFR/RC55/INF.DOC/6)
 - 10.7 Informations sur les événements importants en matière de santé dans la Région.
11. Table ronde : Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC55/RT/1)
 12. Discussion de groupe : Déterminants sociaux de la santé et inégalités en matière de santé : Un problème dans la Région africaine (document AFR/RC55/PD/1)
 13. Session spéciale sur le financement de la santé
 14. Dates et lieux de la cinquante-sixième et de la cinquante-septième sessions du Comité régional (document AFR/RC55/17)
 15. Décisions de procédure (document AFR/RC55/18)
 16. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC55/20)
 17. Clôture de la cinquante-cinquième session du Comité régional

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : Lundi 22 août 2005

10h00 – 12h00	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture officielle
	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des désignations
12h00 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 14h05	Remarques d'ouverture par le Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	
14h05 – 14h15	Point 2 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité des désignations
14h15 – 14h30	Point 3 de l'ordre du jour	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
14h30 – 15h30	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004 : Rapport annuel du Directeur régional (document AFR/RC55/2)
		Remarques du Directeur général
16h00 – 16h30	<i>Pause : café et fruits</i>	
16h30 – 17h20	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	
18h30	<i>Réception offerte par le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique</i>	

2^{ème} JOUR : Mardi 23 août 2005

8h30 – 10h00	Point 7 de l'ordre du jour	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
	Point 7.1 de l'ordre du jour	Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC55/3)
	Point 7.2 de l'ordre du jour	Ordres du jour de la cent-dix-septième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-sixième session du Comité régional (document AFR/RC55/4)
	Point 7.3 de l'ordre du jour	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC55/5)
10h00 – 10h30	<i>Pause : café et fruits</i>	
10h30 – 12h30	Point 8 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/6)
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC55/7)
12h30 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 16h00	Point 8.2 de l'ordre du jour	Stratégies de coopération avec les pays : Mise en œuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/8)
16h00 – 16h30	<i>Pause : café et fruits</i>	
16h30 – 18h00	Point 11 de l'ordre du jour	Table ronde : Prévention du VIH/SIDA

dans la Région africaine
(document AFR/RC55/RT/1)

8h30 – 10h00	Point 8.3 de l'ordre du jour	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/9)
10h00 – 10h30	<i>Pause : café et fruits</i>	
10h30 – 12h30	Point 8.4 de l'ordre du jour	Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/10)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	Point 8.5 de l'ordre du jour	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/11)
15h30 – 16h00	<i>Pause : café et fruits</i>	
16h00– 17h30	Point 8.6 de l'ordre du jour	Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/12)
4^{ème} JOUR : Jeudi 25 août 2005		
8h30 – 9h30	Point 8.7 de l'ordre du jour	Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/13)
9h30 – 10h30	Point 8.8 de l'ordre du jour	Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/14)
10h30 – 11h00	<i>Pause : café et fruits</i>	
11h00 – 12h00	Point 8.9 de l'ordre du jour	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources (document AFR/RC55/15)
12h00 – 12h15	Prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine	

12h15 – 12h30	Sommet ministériel mondial sur la recherche en santé 2008	
12h30 – 14h00	<i>Pause : déjeuner</i>	
14h00 – 15h00	Point 9 de l'ordre du jour	Programme général de Travail 2006–2015 (document AFR/RC55/16)

15h00 – 16h00	Point 10 de l'ordre du jour	Information
	Point 10.1 de l'ordre du jour	Rapport sur les ressources humaines dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC55/INF.DOC/1)
	Point 10.2 de l'ordre du jour	Migration internationale des personnels de la santé : Un défi pour les systèmes de santé dans les pays en développement (document AFR/RC55/INF.DOC/2)
	Point 10.3 de l'ordre du jour	Lutte contre la tuberculose : Situation dans la Région africaine (document AFR/RC55/INF.DOC/3)
	Point 10.4 de l'ordre du jour	La drépanocytose: un problème de santé publique dans la région africaine (document AFR/RC55/INF.DOC/4)
	Point 10.5 de l'ordre du jour	Propagation de la grippe aviaire et préparation et action en cas de pandémie en Afrique (document AFR/RC55/INF.DOC/5)
	Point 10.6 de l'ordre du jour	Varirole : Destruction des stocks de virus variolique (document AFR/RC55/INF.DOC/6)
	Point 10.7 de l'ordre du jour	Informations sur les événements importants en matière de santé dans la Région
16h00 – 16h30	<i>Pause : café et fruits</i>	
16h30 – 18h30	Point 12 de l'ordre du jour	Discussion de groupe : Déterminants sociaux de la santé et inégalités en matière de santé : Un problème dans la Région africaine (document AFR/RC55/PD/1)

5^{ème} JOUR : Vendredi 26 août 2005

9h00 – 10h30	Session spéciale	Financement durable des services de santé en Afrique
10h30 – 11h00	<i>Pause : café et fruits</i>	
11h00 – 12h30	Session spéciale (suite)	
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 16h00	(Points 13, 14, 15 et 16 de l'ordre du jour)	
	Point 13 de l'ordre du jour	Dates et lieux de la cinquante-sixième et de la cinquante-septième sessions du Comité régional (document AFR/RC55/17)
	Point 14 de l'ordre du jour	Décisions de procédure (document AFR/RC55/18)
	Point 15 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC55/20)
	Point 16 de l'ordre du jour	Clôture de la cinquante-cinquième session du Comité régional

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo) du 14 au 17 juin 2005.
2. La liste des participants figure à l'Annexe 1.
3. Le Dr Luis G. Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP), aux membres du Conseil exécutif représentant la Région africaine et au Président du Conseil consultatif africain pour la Recherche et le Développement en Santé (CCARDS).
4. Le Directeur régional a souligné le fait que ce Sous-Comité a lieu dans le cadre d'une transition, étant donné que c'est la première réunion du Sous-Comité du Programme depuis son élection en tant que Directeur régional. De même, il a indiqué que la tenue de ce Sous-Comité s'inscrit dans une transition entre le Dixième et le Onzième Programme général de Travail et qu'il existe de nouvelles opportunités pour relever les défis dans le domaine de la santé dans la Région africaine. Des défis tels que le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que le niveau inacceptable de mortalité maternelle et infantile associés à la faiblesse des systèmes de santé requièrent des réponses immédiates, efficaces et ciblées.
5. Rappelant l'extension des termes de référence du Sous-Comité du Programme en 1977 au cours de la vingt-septième session du Comité régional, il a rappelé le mandat du SCP. Ce mandat consiste, entre autres, à faire l'analyse et l'examen des Budgets Programmes pour faire en sorte qu'ils soient compatibles avec les décisions et les recommandations des Organes directeurs et reflètent les priorités sanitaires dans la Région africaine, de même qu'à conseiller le Comité régional sur toutes les questions pertinentes soumises aux ministres de la santé pour examen et décision. Il a expressément invité les membres du SCP à conseiller le Directeur régional sur toutes questions préoccupantes se présentant entre les sessions étant donné que ces tâches sont similaires à celles Conseil exécutif vis-à-vis de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le SCP agit comme un Comité permanent du Comité régional.
6. Le Directeur régional a invité les membres du Sous-Comité du Programme à procéder à une analyse approfondie de tous les documents relatifs aux points de l'ordre du jour, à faire

des contributions de qualité et à formuler des recommandations à la fois réalistes et pertinentes pour améliorer les documents et faciliter la poursuite des délibérations des Ministres de la Santé au Comité régional.

7. Pour conclure et compte tenu du mandat du Sous-Comité du Programme, il a instamment demandé aux membres de réfléchir sérieusement à la situation actuelle concernant le VIH/SIDA et à la nécessité de redynamiser les activités de prévention dans la Région africaine.

8. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, Directeur de la Gestion du Programme, a proposé des noms pour l'élection des membres du bureau du Sous-Comité du Programme. Le bureau a été constitué comme suit :

Président :	Professeur Mohammed Lemine Ba (Mauritanie)
Vice-Président :	Dr Shehu Sule (Nigéria)
Rapporteurs :	Dr Boureima Hama Sambo (Niger)
	Dr Habib Saizi Somanje (Malawi)
	Dr Alexandre Manguela (Mozambique)

9. Le Professeur Mohammed Lemine Ba, Président du Sous-Comité du Programme, a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance qu'ils ont placée en lui. Après avoir félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour leur nouveau mandat, il a rappelé aux membres les multiples et sérieux défis qui se posent en matière de santé et la nécessité d'œuvrer ensemble pour lutter contre les maladies dans la Région. Tout en soulignant la bonne qualité des documents, soumis à temps, il a fait savoir au Secrétariat qu'ils seraient améliorés en tenant compte des observations qui seraient émises par le Sous-Comité du Programme. Il a d'autre part indiqué que des questions de santé importantes dans la Région étaient inscrites à l'ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional. En conclusion, il a félicité le Secrétariat pour la qualité de l'organisation de la réunion.

10. Le Président a demandé au Sous-Comité d'examiner l'ordre du jour (Annexe 2) et le programme de travail provisoire (Annexe 3), qui ont été adoptés sans modification.

**BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2006–2007 : ORIENTATIONS POUR
LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC55/PSC/3)

11. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté un aperçu général du Budget Programme 2006–2007.

12. Ce budget, le premier du Onzième Programme général de Travail, prend en compte les priorités identifiées dans les documents de Stratégie de coopération avec les pays et les priorités mondiales définies par le Directeur général de l'OMS. Ces priorités sont reflétées dans les 15 domaines d'activité prioritaires identifiés par le Directeur régional. Le Budget Programme 2006–2007, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005, est un budget intégré, basé sur les résultats et issu d'un processus participatif et itératif de planification.

13. Pour l'exercice 2006–2007, la Région africaine a bénéficié d'un accroissement budgétaire de US \$204,7 millions, dont 6 % proviennent du budget ordinaire et 94 % des contributions volontaires. Ainsi, le budget total s'élève à US \$949,5 millions, dont 21,4 % proviennent du budget ordinaire et 78,6 % des contributions volontaires. La Région africaine est celle qui a reçu l'allocation budgétaire la plus élevée, après le Siège. Sur les fonds approuvés, 784,4 millions ont été alloués aux priorités régionales. Par ailleurs, 716,6 millions (75 %) ont été alloués aux dépenses dans les pays et 232,9 millions (25 %) aux dépenses du Bureau régional, y compris la dotation des programmes interpays.

14. La mise en oeuvre du budget sera guidée par quatre principes directeurs, à savoir : la décentralisation des ressources vers les pays; l'intégration des interventions; le renforcement de la présence essentielle de l'OMS dans les pays; et le renforcement de la surveillance et de l'évaluation pour plus d'efficacité et de responsabilité.

15. Les États Membres ont été invités à collaborer à l'élaboration des plans de travail sur la base des documents de Stratégie de coopération avec les pays, à choisir un nombre limité de domaines d'activités et à affecter au moins 15 % du budget national au secteur de la santé. Pour sa part, l'OMS devrait définir des procédures de délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs de Division, redéfinir le profil du personnel des bureaux de l'OMS dans les pays, approuver les plans de travail en novembre 2005 et améliorer la qualité de la mise en oeuvre, de la surveillance et de l'évaluation du Budget programme.

16. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur satisfaction au sujet de la qualité du document et de l'augmentation générale des allocations budgétaires destinées à la Région africaine.

17. Au cours du débat qui a suivi, un certain nombre de commentaires généraux ont été faits. Il est impératif d'indiquer le pourcentage moyen des fonds provenant des contributions volontaires qui est effectivement reçu pour la mise en oeuvre de programmes. Compte tenu du fait que les partenaires pour le développement sanitaire au niveau pays abandonnent de plus en plus le financement de projets en faveur soit d'un appui budgétaire, soit d'approches

sectorielles, il est nécessaire d'élucider la question de savoir si l'OMS serait disposée à participer à ces approches pour appuyer les pays. Compte tenu de l'augmentation du nombre de partenaires pour le développement sanitaire et du financement au niveau des pays, il importe que l'OMS appuie les ministères de la santé pour renforcer leur leadership, et leurs capacités de coordination et de plaidoyer. Il est nécessaire d'harmoniser les cycles budgétaires entre les agences du système des Nations Unies.

18. Il a été proposé que l'OMS et les Ministères de la Santé intensifient leur plaidoyer dans les pays en faveur de la mise en œuvre et du suivi de l'engagement pris à Abuja par les Chefs d'État d'allouer à la santé 15 % du budget national. À cet égard, l'Organisation devrait continuer à appuyer les pays à établir et à institutionnaliser les comptes nationaux de la santé. Il y aurait également lieu que l'OMS fasse le plaidoyer pour que les pays allouent à la santé davantage de ressources, en particulier, celles provenant des fonds disponibles au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE). Les allocations de fonds aux pays et leurs variations en ce qui concerne certains domaines d'activités ont suscité des préoccupations.

19. Le Sous-Comité a salué l'exercice de redéfinition du profil des bureaux de l'OMS dans les pays, étant donné que cela renforcera l'appui technique qu'ils accordent aux pays. Il a également souligné le fait que les systèmes de sécurité sociale sont l'une des sources potentielles de financement durable de la santé.

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

- a) s'agissant de la section Analyse du budget, le Sous-Comité s'est dit préoccupé en ce qui concerne : i) les 3 % du budget global qui doivent être retenus par le Directeur général pour faire face au non paiement de toutes leurs contributions par les États Membres et le SCP a demandé des éclaircissements sur la façon dont ces fonds pourraient être mis à la disposition des pays si tous les États Membres payaient leurs contributions établies et ii) le mécanisme que l'OMS utiliserait pour protéger les pays des effets négatifs des fluctuations des taux de change;
- b) s'agissant des principes directeurs régissant la mise en œuvre du Budget Programme, au paragraphe 33, des éclaircissements supplémentaires ont été demandés pour la décentralisation proposée sur le plan de la délégation d'autorité et de responsabilité aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs de Division;
- c) au paragraphe 35, il est impératif de mettre l'accent sur : i) la nécessité d'une étroite collaboration entre les agences du système des Nations Unies pour la planification, la

mise en œuvre, le suivi et l'évaluation; ii) l'intégration des programmes au sein d'un seul Ministère de la Santé et d'un seul système sanitaire pour éviter la mise en œuvre verticale de programmes qui porte atteinte à l'efficacité des systèmes sanitaires nationaux;

- d) au paragraphe 41, il a été recommandé que le Directeur régional crée un fonds de réserve des US \$6.1 millions, soit 3 % du budget régulier, pour prévoir les activités non planifiées ; tout reliquat non utilisé devant être réalloué aux pays au cours du deuxième semestre de la deuxième année de l'exercice biennal;
- e) au paragraphe 42, il a été recommandé que l'OMS mène également une action de plaidoyer intense pour inciter les pays à consacrer au moins 15 % de leur budget national à la santé;
- f) à l'Annexe 3, le Sous-Comité a salué l'intégration du domaine d'activités surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles parmi les priorités régionales, mais s'est dit préoccupé par le modeste montant des ressources allouées à ce domaine d'activité.

21. Le Secrétariat a remercié les membres pour leurs précieux commentaires et leur a assuré que ceux-ci seront inclus dans le rapport final. Il a été expliqué que le Budget Programme 2006–2007 a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Sous-Comité est prié de fournir des orientations pour faciliter la mise en œuvre. Il est entendu qu'il règne un certain degré d'incertitude quant au montant de la composante des Fonds des contributions volontaires du budget et la date de leur mise à disposition, mais il a été indiqué que, vu l'expérience passée, la majorité des fonds prévus ont été effectivement reçus. L'Organisation travaille sur la base d'un budget intégré et est en négociation avec des bailleurs de fonds pour l'attribution des fonds non assignés.

22. Des éclaircissements ont été fournis en ce qui concerne les allocations accordées aux pays et au Bureau régional, comme décrit dans les Annexes 6 et 7, respectivement. À cet égard, il a été précisé que la plupart des fonds au titre du Programme interpays seront utilisés pour fournir un appui aux pays et qu'un nouveau tableau sera fourni.

23. Étant donné que la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles est une priorité régionale, le Secrétariat a souscrit au fait qu'il est impératif de continuer le plaidoyer en faveur d'une augmentation de l'allocation de ressources.

24. S'agissant de la décentralisation, il a été expliqué que le Bureau régional travaille sur un mécanisme permettant de simplifier et de faciliter le processus de mise en œuvre des plans de travail approuvés. Concernant la question de la fluctuation du dollar le SCP a été informé que le

Bureau régional et le Siège envisagent de mettre en place différents mécanismes pour minimiser les risques, y compris l'inclusion de certaines monnaies locales dans le mécanisme de couverture du taux de change adopté par l'OMS.

25. Au niveau des pays, l'OMS, qui travaille sur un plan stratégique, est donc d'accord avec les approches sectorielles et coopère déjà avec d'autres partenaires dans les pays au titre du Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le développement (UNDAF). Cependant, les dispositions financières et les procédures de l'OMS ne permettent pas une pleine participation à l'approche d'appui budgétaire puisque, par nature, l'Organisation est plutôt une institution de coopération technique qu'une institution de financement.

26. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**STRATÉGIES DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS : MISE EN ŒUVRE,
LEÇONS APPRISSES ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE**
(document AFR/RC55/PSC/4)

27. Le document relatif aux Stratégies de Coopération avec les pays (CCS) a été présenté par le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat. Le document présente l'historique des CCS et examine la mise en œuvre, les leçons apprises, les perspectives, ainsi que le suivi et l'évaluation.

28. Le document fait rapport sur la mise en œuvre des directives données lors de la cinquante et unième session du Comité régional concernant l'élaboration de stratégies de coopération dans tous les 46 pays membres. Il donne également des indications sur le déroulement de cette opération et examine les leçons apprises et les mesures à prendre pour maximiser les acquis de ce processus.

29. La complexité croissante du secteur sanitaire sur fond de baisse des ressources en Afrique, qui coïncide avec la volonté internationale d'atteindre, d'ici 2015, les objectifs du Millénaire pour le développement, et l'augmentation constante du nombre d'intervenants ayant des visées sanitaires différentes, ont entraîné une recherche intense pour trouver des mécanismes de coordination plus performants au niveau des pays.

30. La politique focalisée sur les pays adoptée en 2001 dans le cadre des réformes de l'OMS a pour but de placer les besoins de santé prioritaires des États Membres au centre de l'action de l'OMS tout en renforçant l'efficacité, la réactivité et la cohérence de sa présence au niveau des pays. La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, élément essentiel de la

politique de l'Organisation en faveur des pays, est un cadre de coopération à moyen terme (4–6 ans), adaptable et spécifique à chaque pays. Elle définit un agenda stratégique pour l'action de l'OMS dans chaque pays et examine les implications de cet agenda pour l'ensemble de l'Organisation.

31. La formulation de CCS dans 45 des 46 pays membres a permis à l'OMS de mener de vastes consultations au niveau des pays avec les ministres de la santé et leurs partenaires nationaux, bilatéraux et multilatéraux afin de déterminer les principales priorités dans le domaine de la santé et du développement qui doivent être retenues dans la planification au niveau des pays. L'analyse de ces 45 CCS a permis de définir les programmes régionaux prioritaires en matière de coopération technique. Le Bureau régional a entrepris un processus de renforcement des capacités techniques et gestionnaires des bureaux de pays.

32. Les principaux enseignements tirés de la formulation des CCS concernent notamment la nécessité de faire en sorte que l'appui technique de l'OMS soit mieux adapté, plus ciblé, mieux coordonné et plus stratégique. Ceci nécessitera un changement dans la manière où l'Organisation fonctionne, et il faudra l'action de plaidoyer pour que les changements attendus soient acceptés par tous. Le véritable défi consiste à traduire les agendas stratégiques en plans d'action viables pour des meilleurs résultats sur la santé.

33. Afin de promouvoir l'agenda stratégique des CCS dans la Région africaine, les États Membres et leurs partenaires devraient considérer les CCS comme un instrument de planification viable et comme la base de l'élaboration des budgets programmes biennaux. L'OMS, quant à elle, devrait veiller à ce que les CCS soient effectivement appliquées à tous les niveaux et que les agendas stratégiques soient mis en œuvre. L'Organisation devrait en outre intégrer pleinement les CCS dans son processus gestionnaire et faire en sorte que des équipes de pays bien dirigées, bien étoffées et convenablement équipées soient mises en place pour coordonner et assurer correctement l'appui technique de l'Organisation.

34. Les membres du Sous-Comité ont exprimé leur satisfaction au sujet de la qualité, de la pertinence et de l'intérêt de ce document.

35. Les amendements spécifiques proposés au document par le Sous-Comité ont notamment été les suivants :

- a) dans l'Historique – au paragraphe 4 relatif aux objectifs – afin de répondre aux besoins des pays, il serait nécessaire que l'OMS définisse clairement le lieu où se trouve son personnel dans les pays et examine la possibilité d'en placer quelques-uns au sein des ministères de la santé;

- b) dans la section relative à la mise en œuvre – paragraphe 14 - de nombreux délégués ont souligné le rôle d'administration générale qui incombe aux ministères de la santé en ce qui concerne la coordination des interventions et des acteurs dans le domaine de la santé au niveau des pays; tous les programmes menés par des partenaires devraient s'inscrire dans les plans nationaux de santé; la coordination à tous les niveaux de l'OMS est indispensable tant en ce qui concerne la planification que la mise en œuvre et l'évaluation des activités;
- c) au paragraphe 21, il faudrait mieux faire ressortir l'objectif consistant à renforcer le leadership technique de l'OMS au niveau des pays; à l'alinéa c), il a été recommandé de renforcer les capacités au sein des ministères de la santé et des bureaux de l'OMS dans les pays; à l'alinéa e), le concept d'un plan, d'une stratégie et d'un budget uniques pour un pays s'impose car divers partenaires interviennent au niveau des pays avec des plans et des cycles de programmation différents;
- d) dans la section relative aux Défis – paragraphe 22 – il a été proposé que le Bureau régional et le Siège de l'OMS procèdent à une décentralisation efficace des ressources afin de donner aux Représentants de l'OMS les pouvoirs dont ils ont besoin pour exécuter correctement le Budget Programme; il faudrait accorder plus d'attention aux petits États insulaires en voie de développement en raison de leur vulnérabilité aux MNT et au VIH/SIDA; à l'alinéa h), il faudrait tenir compte des approches sectorielles, des plans de santé nationaux, des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), etc.;
- e) dans la section relative aux Leçons apprises – paragraphe 28 – la dernière phrase devrait être plus explicite sur la nécessité d'établir un équilibre entre la mise en œuvre de routine d'une part, et l'appui et les fonctions stratégiques d'autre part;
- f) dans la section relative aux Perspectives – paragraphe 34 c) – il conviendrait de clarifier le sens de la première phrase au sujet d'une stratégie, d'un plan et d'un budget uniques;
- g) dans la Conclusion, il conviendrait d'indiquer que les actions visant à renforcer les bureaux de pays ne devraient pas affaiblir les ministères de la santé.

36. En réponse aux questions soulevées, le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs précieuses observations et les a assurés que celles-ci allaient être intégrées dans le document final. Il a néanmoins précisé que l'intention du document est d'inciter les États Membres à réfléchir sur la manière dont l'OMS pourrait mieux répondre aux besoins des pays, tout en

respectant le rôle politique et d'administration générale qui incombe aux gouvernements et le mandat des autres organismes de coopération.

37. En ce qui concerne la redéfinition du profil des bureaux de pays, celle-ci devrait reposer sur les CCS et les priorités nationales, et être menée en consultation avec les ministères de la santé, y compris en ce qui concerne le lieu où le personnel de l'OMS doit être installé. Il a été expliqué que l'idée d'une stratégie, d'un plan et d'un budget uniques pour chaque pays visait à harmoniser l'appui apporté aux pays par les trois niveaux de l'Organisation. Les ministères de la santé coordonneront la formulation des plans de santé nationaux qui devront inspirer les plans biennaux de l'OMS. Grâce aux fonctions normatives de l'OMS, les ministères de la santé seront renforcés pour mener à bien leur rôle de coordination, y compris en ce qui concerne les approches sectorielles.

38. Il a été recommandé que le renforcement et la redéfinition du profil des bureaux des pays n'entraînent pas un affaiblissement des ministères de la santé mais favorise plutôt la complémentarité et une amélioration de l'appui technique apporté aux pays. Il a été précisé que la redéfinition du profil des bureaux de pays vise à renforcer les compétences des équipes de l'OMS dans les pays pour leur permettre de mieux répondre aux besoins de ces derniers.

39. Le Sous-Comité a approuvé le document avec des amendements et préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN
MATIÈRE DE SANTÉ : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES DANS LA
RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/5)**

40. Le Dr Chris Mwikisa, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble du document sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé (OMD) dans la Région africaine.

41. L'introduction décrit les OMD tels qu'ils ont été adoptés par le Sommet du Millénaire en 2000. Les huit objectifs fournissent un cadre pour mesurer les progrès réalisés en matière de développement; ils sont également liés à l'approche des soins de santé primaires et aux initiatives de la santé pour tous. Trois de ces OMD sont des objectifs en matière de santé et les autres sont étroitement liés à la santé.

42. L'analyse de la situation a montré que même si quelques résultats ont été obtenus dans certains pays en ce qui concerne certains OMD, les progrès généraux restent lents, principalement, en raison de la faiblesse des systèmes de santé et de l'insuffisance des ressources.

43. La mortalité infantile ne baisse pas assez vite : elle se situe en moyenne à 174 décès pour 1000 naissances vivantes, contre 186 en 1990. La mortalité maternelle s'est aggravée, passant de 870 décès pour 100,000 naissances vivantes à environ 1000 pour 100,000 entre 1990 et 2003. La lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme est également lente.

44. La section intitulée Perspectives fait ressortir des opportunités telles que la reconnaissance croissante de la place centrale qu'occupe la santé dans le développement. Elle indique également les défis que posent l'insuffisance des ressources et la faiblesse des systèmes de santé. Les mesures proposées comprennent, entre autres, le développement des systèmes de santé, le renforcement des interventions et la mobilisation des ressources. Le suivi et l'évaluation devraient être entrepris à l'aide des indicateurs déjà fournis pour chaque OMD.

45. Il incombe en premier lieu aux autorités nationales de réaliser les OMD, d'assurer le suivi et de faire rapport sur l'état d'avancement dans ce domaine. Les partenaires du développement, y compris l'OMS, devraient fournir un soutien technique et financier.

46. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour la qualité de la présentation et de la teneur du document. Ils ont pris bonne note des liens entre les OMD et des initiatives antérieures telles que les soins de santé primaires, la santé pour tous et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique. Ils ont demandé que soit faite une évaluation du niveau de mise en œuvre et des insuffisances de ces initiatives pour pouvoir tirer parti des expériences positives. Ils ont insisté sur le fait que les gouvernements devaient faire davantage pour relever les défis et combler les lacunes en vue d'atteindre les OMD, notamment en tenant compte du rôle essentiel que jouent les ressources humaines à tous les niveaux. Les interventions visant à accélérer la réalisation des OMD devraient être intégrées dans les réformes de santé en cours et dans d'autres processus nationaux de développement.

47. S'agissant de la mobilisation des ressources en vue des OMD, des éclaircissements ont été demandés au sujet des activités de suivi menées après le forum de haut niveau organisé à Abuja en 2004.

48. Le Sous-Comité a ensuite proposé que les modifications spécifiques ci-après soient apportées au document :

- a) dans le Résumé, au paragraphe 4, deuxième phrase, remplacer le mot «peuvent» par «sont instamment invités à»;
- b) dans la section intitulée Analyse de la situation, au paragraphe 5, utiliser les données de 2003;

- c) au paragraphe 9, indiquer que l'OMS devrait participer aux travaux des comités nationaux sur la distribution de suppléments de vitamine A et la fortification des aliments en vitamines et micronutriments;
- d) au paragraphe 10, souligner le fait que plus de 60 % des accouchements ont lieu à domicile; les raisons de ce phénomène devraient être mentionnées dans le document;
- e) au paragraphe 13, il faudrait aussi inclure la couverture et l'efficacité des pulvérisations d'insecticides à effet rémanent dans les habitations; il faut actualiser le nombre de pays qui utilisent les associations thérapeutiques, et la Région devrait veiller à ce que ces médicaments soient accessibles et financièrement abordables;
- f) au paragraphe 17, la question de la nécessité de disposer de ressources humaines adéquates pour relever les défis a été soulevée;
- g) dans la section intitulée Perspectives, au paragraphe 21, ajouter «les maladies nouvelles et ré-émergentes»;
- h) au paragraphe 22, reformuler la deuxième phrase pour indiquer que la lutte contre les maladies contribuera à faire reculer la pauvreté;
- i) au paragraphe 23, préciser ce que sont «les initiatives nationales de développement ... en faveur des pauvres»;
- j) au paragraphe 29, supprimer l'Initiative PPTE car elle ne représente pas un accroissement des ressources nationales; argumenter à part les liens entre l'allègement de la dette récemment octroyé et la mobilisation de ces fonds pour la santé;
- k) au paragraphe 30, reprendre les termes du paragraphe 3, page 4, de la résolution WHA58.30 concernant le pourcentage du PNB;
- l) dans la section intitulée Suivi et évaluation, au paragraphe 31, ajouter les indicateurs de processus, qui seront plus utiles aux districts et aux communautés pour suivre les progrès réalisés concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, y compris la question de l'enregistrement d'informations sur les mortinaissances;
- m) s'agissant des Rôles et responsabilités, au paragraphe 32, préciser les mécanismes dont l'OMS dispose pour s'assurer que les pays qui ont bénéficié d'un allègement de leur dette utilisent les fonds ainsi libérés pour l'action de santé;

- n) au paragraphe 33, les questions de suivi financier devraient être renvoyées au paragraphe 31; il faudrait reformuler la fin de la dernière phrase et ajouter que les gouvernements devraient renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, leurs capacités de recherche et leurs enquêtes communautaires pour fournir des informations à jour;
- o) au paragraphe 35, préciser le sens des première et deuxième phrases.

49. Le Secrétariat a fourni les éclaircissements suivants à propos des questions soulevées. Les chiffres indiqués dans le document devraient être mis à jour comme les membres l'ont suggéré et les pays bénéficieraient d'un soutien pour estimer les coûts et les déficits financiers spécifiques pour réaliser les OMD. L'OMS aiderait les ministères de la santé à améliorer leurs capacités de négociation pour obtenir des ressources accrues pour la santé et améliorerait également l'efficacité de la fourniture de l'assistance technique aux pays par le biais d'un ensemble intégré de mesures d'appui. On a expliqué que les paquets de soins de base chiffrés doivent être intégrés dans les interventions visant à atteindre les OMD relatifs à la santé.

50. Il est important de disposer de ressources humaines suffisantes et les participants ont été informés de la création par l'OMS d'un observatoire des ressources humaines pour la santé. En ce qui concerne la mortalité maternelle, le Secrétariat a rappelé que l'indicateur le plus fiable était «la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié»; toutefois, l'OMS est en train d'aller plus loin en s'intéressant à l'environnement des accouchements. Les morts à la naissance ne sont pas enregistrées et désormais, le meilleur moyen de les suivre est d'utiliser les interventions à assise communautaire associées à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et aux soins dispensés aux nouveau-nés.

51. Le Secrétariat a fait savoir aux membres du SCP que l'OMS continuerait à jouer, en matière de plaidoyer, son rôle auprès des gouvernements et des institutions de Bretton Woods ainsi que des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour faire en sorte que les fonds dégagés par l'allègement de la dette soient utilisés pour la santé.

52. Le Secrétariat a remercié les membres de leurs précieux commentaires et leur a assuré que leurs amendements seraient inclus dans le document final.

53. Le Sous-Comité a approuvé le document avec ses amendements et a invité le Secrétariat à préparer un projet de résolution sur le sujet, qui sera soumis au Comité régional pour examen et approbation.

**PRODUCTION LOCALE DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS, Y COMPRIS
LES ANTIRÉTROVIRAUX : PROBLÈMES, DÉFIS ET PERSPECTIVES DANS
LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/6)**

54. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document sur la production locale des médicaments essentiels.

55. Le document comprend une introduction, une analyse de la situation ainsi que les problèmes, les défis, les perspectives, les rôles et les responsabilités, et la conclusion.

56. La production mondiale de médicaments est concentrée dans quelques pays industrialisés. La production de médicaments génériques est devenue une activité économique importante et contribue à améliorer l'accès aux médicaments. La production pharmaceutique intervient à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

57. Il y a un certain nombre de problèmes liés à l'accès aux médicaments, notamment le budget alloué à la santé est insuffisant et les dépenses en produits pharmaceutiques n'absorbent pas moins de 30 % de ce budget. Les prix élevés des médicaments associés à un financement insuffisant empêchent les pauvres d'accéder aux médicaments. Il est impératif de disposer de génériques d'un coût abordable, et d'équilibrer les perspectives de politique de développement industriel et de santé publique en matière de production des médicaments. La production de médicaments essentiels sous licence est limitée.

58. Les défis pour la production de médicaments essentiels à un coût abordable comprennent la capacité limitée des pays de faire efficacement usage des clauses de sauvegarde de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), les environnements sociaux, politiques et économiques peu favorables, le faible développement infrastructurel, économique et industriel et le coût élevé des services essentiels, la faiblesse de l'application effective de la législation et de la réglementation.

59. Les perspectives futures qui s'ouvrent aux pays de la Région résident dans l'évaluation des infrastructures existantes, le développement et la mise en œuvre de politiques gouvernementales favorables et appropriées, le renforcement de la collaboration Sud-Sud, le transfert de technologies ainsi que dans l'exploration des options alternatives telles que l'importation parallèle, l'utilisation de licence obligatoire pour l'acquisition de génériques équivalents.

60. Les membres du Sous-Comité ont trouvé le rapport pertinent. Un débat a suivi et plusieurs observations générales ont été formulées.

61. Même si l'on retient le principe d'une production locale de médicaments essentiels, il est important de tenir compte de l'environnement politique de libéralisation, de réglementation et de privatisation dans lequel opèrent les pays. Il est important de considérer que le rôle du gouvernement aujourd'hui est de formuler de grandes orientations, de faciliter et de réglementer ainsi que de créer un environnement favorable à la croissance du secteur privé. À cet égard, le rôle des ministères de la santé (avec l'appui de l'OMS) est de renforcer les autorités nationales de réglementation pharmaceutique et d'appuyer le renforcement des compétences.

62. Il faut souligner que l'inaccessibilité actuelle des antirétroviraux est due en partie à la dépendance à l'égard des importations et qu'il est nécessaire de faire des recherches pour déboucher sur une production locale. Il est déterminant de mettre en relief l'importance des achats groupés de médicaments essentiels par le truchement de communautés économiques régionales pour tirer parti des économies d'échelle et donc se procurer des médicaments à des prix compétitifs. Il faut créer un marché viable pour les médicaments essentiels, mettre en place des services régionaux d'assurance de qualité pour mettre un frein à l'importation de médicaments de qualité inférieure aux normes, ainsi que pour rassembler et faire connaître les meilleures pratiques en matière de fabrication de médicaments. L'OMS devrait aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de législation et de réglementation de la production pharmaceutique.

63. Le Sous-Comité a proposé d'apporter les modifications spécifiques ci-après au document :

- a) l'Analyse de la situation devrait porter notamment sur le niveau de : i) mise en œuvre des résolutions AFR/RC38/R19 et AFR/RC49/R5 relatives au développement de l'accès aux médicaments essentiels, et ii) production de médicaments essentiels, y compris des médicaments traditionnels; il faut mentionner la nécessité de former et fidéliser les ressources humaines requises par le secteur pharmaceutique pour faire de la recherche-développement sur les médicaments;
- b) au paragraphe 9, il faudrait signaler dans la deuxième phrase que huit pays ne sont pas dotés d'une industrie pharmaceutique et ajouter Sao Tomé et Príncipe dans la note de bas de page 9;
- c) dans les paragraphes 10 à 13, il faudrait préciser les noms des pays;
- d) au paragraphe 14, il faudrait mentionner dès le début le problème de l'inaccessibilité des antirétroviraux et le mettre en relief;

- e) au paragraphe 16, remplacer le mot «inadéquat» par «faible»; cette observation ne concerne que la version portugaise;
- f) au paragraphe 17 de la version française, remplacer «considérations» par «domaines»;
- g) au paragraphe 22, ajouter les questions relatives au contrôle de qualité et à la commercialisation des produits pharmaceutiques;
- h) dans la section intitulée Défis, il faudrait reformuler les défis selon les grandes lignes du document sur les objectifs du Millénaire pour le développement (AFR/RC55/PSC/5);
- i) au sujet des Perspectives, au paragraphe 27, ajouter les énoncés suivants : i) «créer un service de réglementation pharmaceutique au niveau régional qui se chargera, entre autres, des questions de contrôle de la qualité et de l'instauration d'un dialogue entre pays sur les questions apparentées»; ii) «promouvoir la production pharmaceutique locale aux niveaux régional et sous-régional pour favoriser la durabilité»;
- j) au sujet des Rôles et responsabilités, il faudrait encourager les pays à se joindre à des communautés économiques régionales au lieu de se concentrer uniquement sur la production locale; il faudrait insérer les recommandations ci-après issues de l'atelier conjoint OMS/UA/PNUD concernant l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments, qui s'est tenu à Addis Abéba en mars 2005 : encourager la collaboration Sud-Sud, repérer des centres d'excellence pour la production régionale et sous-régionale, favoriser les partenariats public/privé et faire des études de faisabilité en se concentrant sur la qualité et l'accessibilité;
- k) au paragraphe 33, à l'alinéa a), il faudrait lire comme suit la deuxième ligne : «transfert de technologie, et de faciliter le développement des capacités de production locale des médicaments essentiels»; à l'alinéa b), il faudrait mentionner l'expérience de la SADC en matière d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique; à l'alinéa d), il faudrait inclure la recherche-développement dans le domaine pharmaceutique, notamment en faisant appel à des plantes et d'autres matières premières localement disponibles; à l'alinéa e), ajouter l'octroi de licence obligatoire.

64. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs précieuses observations et leur a donné l'assurance que celles-ci seraient incorporées dans le document final. Il a été

précisé que l'inscription de cette question à l'ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional avait été recommandée à la cinquante-quatrième session. Le rôle de l'OMS est de travailler en étroite collaboration avec les ministères de la santé et d'autres ministères concernés (par exemple commerce et industrie) et les partenaires au développement (par exemple Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel, Organisation mondiale du Commerce). Le Secrétariat s'est félicité de la suggestion tendant à identifier et faire connaître les bonnes pratiques de fabrication et de réglementation pharmaceutique. Les participants à la réunion ont été informés que trois laboratoires régionaux de contrôle de la qualité des médicaments étaient à la disposition des États Membres. Bonne note a été prise du rôle de l'Union africaine et des communautés économiques régionales dans la production locale ainsi que les avantages des achats groupés.

65. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/7)

66. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le document sur la trypanosomiase humaine africaine (THA),

67. La distribution géographique de la trypanosomiase humaine africaine, connue également sous le vocable de «maladie du sommeil», se limite au continent africain. Environ 60 millions de personnes sont menacées par cette maladie irrémédiablement fatale lorsqu'elle n'est pas traitée. La THA constitue donc un grave problème de santé publique dans la Région, du fait de la résurgence actuelle des formes tant humaine qu'animale de la trypanosomiase, phénomène dû à l'absence d'activités durables de surveillance.

68. La stratégie a pour but de maîtriser les épidémies à moyen terme et d'éliminer la maladie en tant que problème de santé publique à long terme. Ses objectifs spécifiques sont les suivants : i) renforcer les capacités de tous les pays touchés en matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de lutte contre la THA; ii) promouvoir la participation des secteur public et privé à la lutte contre la THA; et iii) promouvoir la recherche opérationnelle pour identifier et résoudre les problèmes liés à la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre la THA.

69. Si la stratégie est adoptée par le Comité régional et mise en œuvre dans les pays touchés, elle contribuera à réduire la morbidité et la mortalité dues à la THA dans la Région et, ce faisant, à éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2015.

70. Les membres du Sous-Comité ont loué la pertinence du document et félicité le Secrétariat pour sa qualité.

71. Ils ont également pris note avec satisfaction de l'accent mis sur la recherche opérationnelle, et ont attiré l'attention sur la nécessité d'inclure aussi la recherche sur les systèmes de santé et d'ajouter dans l'analyse de la situation des données sur la mortalité.

72. Les membres du Sous-Comité ont proposé les modifications spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 15, ajouter un objectif spécifique concernant la nécessité de disposer de données de base sur la prévalence, l'incidence et la mortalité liées à la THA pour faciliter la planification;
- b) les cinq instituts de recherche associés à des activités concernant la maladie du sommeil devraient être mentionnés dans le document, et l'OMS devrait les aider à renforcer leurs capacités et encourager la collaboration inter-institutions;
- c) la première phrase du paragraphe 21 devrait se lire comme suit : «Les communautés devraient contribuer à la viabilité et à la minimisation des coûts»;
- d) au paragraphe 24, ajouter les activités d'éducation sanitaire à l'école dès le primaire;
- e) certains membres se sont demandés si les cibles proposées étaient réalistes en ce qui concerne les ressources disponibles et le calendrier;
- f) au paragraphe 33, ajouter une phrase pour tenir compte de la nécessité d'une analyse de situation avant de formuler des politiques nationales, en particulier dans les pays où l'on ne connaît pas le niveau d'endémicité; un membre du Sous-Comité a demandé s'il y avait une collaboration interministérielle concernant la lutte contre la trypanosomiase animale et une collaboration entre d'autres programmes de lutte contre des maladies à transmission vectorielle; les membres du Sous-Comité ont insisté sur la nécessité de trouver un équilibre entre une certaine verticalisation et l'intégration de la lutte contre la THA dans des programmes de lutte contre des maladies;
- g) dans le Résumé, au paragraphe 2, il faudrait lire la deuxième phrase comme suit : «Malheureusement, à cause de l'absence d'activités normales de surveillance, de la diminution des ressources affectées à la THA et de l'évolution des priorités

sanitaires ainsi que de la non-disponibilité des médicaments, la maladie a été négligée». La troisième phrase peut être supprimée.

73. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité et leur a donné l'assurance que leurs très utiles observations seront prises en compte dans le document final. Des précisions ont été données sur le fait que : a) les activités de lutte contre la THA sont intégrées au niveau opérationnel tandis que le responsable du programme de lutte contre la THA a une responsabilité au niveau central concernant la gestion du programme; b) la lutte antivectorielle est plus nécessaire dans les zones à *T. rhodesiense* et dans les zones épidémiques et ou de forte endémicité de *T. gambiense*; c) le dépistage actif des cas au moins une fois par an dans chaque foyer est déterminant pour la lutte contre *T. gambiense*. En ce qui concerne les cibles proposées, le Secrétariat a indiqué que les travaux se poursuivaient et que, avec la bonne volonté des partenaires et l'engagement des gouvernements, il serait possible d'atteindre les cibles énoncées.

74. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC55/PSC/8)

75. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur les maladies cardiovasculaires.

76. Le document est divisé en sept parties : introduction, analyse de la situation, défis, opportunités, interventions prioritaires, rôles et responsabilités et, enfin, conclusion.

77. La charge représentée par les maladies cardiovasculaires (MCV) augmente si rapidement en Afrique que ces maladies sont devenues un problème de santé publique dans toute la Région. Les complications surviennent chez des personnes relativement jeunes dans les pays en développement. Le document rend compte des orientations stratégiques contenues dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, des stratégies de l'OMS pour les maladies non transmissibles (MNT) et la promotion de la santé ainsi que de la Déclaration des Chefs d'État de l'Organisation de l'Unité africaine faite à Durban.

78. Les principales maladies cardiovasculaires sont l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les cardiomyopathies et les maladies coronariennes. Par ailleurs, les cardiopathies rhumatismales restent un problème préoccupant. L'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires à travers le monde est l'augmentation du nombre de personnes âgées. L'autre raison est l'exposition à des facteurs

de risque physiologiques et comportementaux, dont huit – responsables de 75 % de l'ensemble des maladies cardiovasculaires – sont visés en priorité par l'approche STEPS de l'OMS. Ceci s'explique par leur énorme impact sur la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles en général et aux maladies cardiovasculaires en particulier, par la possibilité d'un changement grâce à la prévention primaire et, enfin, par l'existence de méthodes de mesures simples et normalisées. Comme d'autres maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent, de sorte que très peu de pays se sont dotés de programmes nationaux ou de stratégies nécessaires pour y faire face. En outre, les systèmes de surveillance des facteurs de risque sont pratiquement inexistant dans la Région.

79. Diverses interventions prioritaires ont pour but d'atténuer la charge que représentent les maladies cardiovasculaires dans la Région. Il s'agit notamment de créer un programme national de lutte contre les maladies non transmissibles, et en particulier les maladies cardiovasculaires, de mettre en place des systèmes de surveillance fondés sur les facteurs de risque, de renforcer les capacités du personnel de santé, de veiller à ce que des médicaments d'un bon rapport coût/efficacité soient disponibles contre les maladies cardiovasculaires, de veiller à l'application de la Convention-cadre sur la lutte antitabac et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et, enfin, de pratiquer la prévention primaire et secondaire des cardiopathies rhumatismales.

80. Le document souligne en conclusion que les maladies cardiovasculaires sont un grave problème de santé publique dans la Région. Des interventions prioritaires doivent être mises en œuvre rapidement et une grande priorité devrait être accordée à la prévention primaire et à la promotion de la santé. Un plaidoyer énergique et un engagement politique fort s'imposent.

81. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour le document. Ils ont exprimé la nécessité d'y inclure les données et les tableaux, y compris le graphique conceptuel, sur l'approche STEPS, utilisés dans la présentation pour enrichir le document. Les pays doivent faire davantage pour réduire les risques liés au tabac de même que mettre en place des systèmes de diagnostic et de surveillance pour les autres facteurs de risque, mener notamment des enquêtes STEPS. Les gouvernements devraient créer des environnements favorables pour permettre aux gens d'adopter des modes de vie sains en tant que principale stratégie de prévention. En raison du décalage entre l'institution de mesures préventives et l'observation d'une tendance au déclin des MCV, des interventions menées en temps opportun, comme pratiquer une activité physique et adopter un régime alimentaire approprié, sont nécessaires. Les participants ont demandé si l'intégration de l'approche STEPS dans d'autres enquêtes nationales, comme les enquêtes démographiques et sanitaires ainsi que les enquêtes sanitaires générales était faisable, pour éviter la fragmentation et la

duplication des efforts. Les pays ont été encouragés à adopter les politiques sur les MNT en accordant une place particulière aux MCV.

82. Des membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) partout où il est fait référence à «mortalité» dans le document, il faudrait y inclure «morbidité»;
- b) dans les paragraphes 29, 33 et 35, il faut décrire de manière explicite les préventions primaire, secondaire et tertiaire;
- c) au paragraphe 32, le document devrait soumettre des propositions et des recommandations concrètes à l'intention des États Membres;
- d) au paragraphe 38, l'impact des dissensions et de l'instabilité sociales devrait être inclus en tant que partie intégrante des déterminants socio-économiques;
- e) dans la partie Rôles et responsabilités, il faudrait rendre plus explicite le paragraphe 39(b); aux paragraphes 39 et 40, l'importance de l'intégration doit être clairement comprise; il faudrait dire exactement de quelle manière l'OMS pourrait contribuer à réduire la charge des MVC comme on l'indique au paragraphe 40(b).

83. Le Secrétariat a exprimé son appréciation des commentaires et des suggestions faits par le Sous-Comité et a assuré les membres de l'intégration de ceux-ci dans la version révisée. Les données disponibles des pays relatives à l'approche STEPS seraient utilisées pour actualiser le document et formuler des politiques de lutte contre les maladies cardiovasculaires de même que des programmes de prévention et de lutte.

84. Le défi posé par les maladies non transmissibles requiert une intégration et une réponse multisectorielle. Des politiques portant sur les MNT devraient être élaborées dans le cadre des politiques nationales de santé. Il a été indiqué que l'intégration des enquêtes STEPS dans les enquêtes nationales était possible après une adaptation. En ce qui concerne le rôle de l'OMS, la réunion a été informée que le Secrétariat aiderait les États Membres sur le plan de l'information, de l'évaluation des facteurs de risque, de l'appui technique et de la mobilisation des ressources. En intervenant sur les huit facteurs de risque, on réduirait en général de manière intégrée l'incidence des MNT. Les membres ont été informés qu'un site Internet est disponible pour les résultats des enquêtes STEPS et d'autres programmes MNT pertinents dans la Région.

85. Le Sous-Comité du Programme a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC55/PSC/9)

86. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui est divisé en six parties : introduction, situation actuelle, défis, opportunités, perspectives et conclusion.

87. À l'échelle mondiale, le tabagisme est la principale cause de décès évitables et l'on estime qu'il tue 4,9 millions d'individus chaque année. C'est la deuxième principale cause de décès dans le monde. En 2020, le nombre de ces décès atteindra 10 millions par an, dont 70 % dans les pays en développement. En Afrique, la prévalence du tabagisme était de 29 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes en 2000. Du fait que le tabagisme est un important facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires et le cancer, il vient s'ajouter à la double charge de morbidité que supporte l'Afrique, une région aux prises avec le VIH/SIDA et le paludisme. En santé publique, le plus fort impact du tabagisme est le risque accru de tuberculose, maladie qui pose un problème particulier en Afrique.

88. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été élaborée pour combattre l'épidémie de tabagisme. Elle est entrée en vigueur le 27 février 2005 et a désormais force de loi pour les 40 premiers pays – dont cinq pays africains – qui sont devenues Parties contractantes avant le 30 novembre 2004. Au 1^{er} juin 2005, neuf pays de la Région africaine avaient ratifié la Convention, sept ne l'avaient pas signée et 30 prenaient des dispositions pour la ratifier.

89. Il est impératif de fixer des buts pour la mise en œuvre et d'établir des plans et stratégies pour l'application de la Convention, démarche qui comporte deux étapes essentielles : l'établissement d'un plan national et la définition d'un cadre juridique et institutionnel pour la mise en œuvre de la Convention. L'importance de la santé publique devrait l'emporter sur l'importance économique du tabac. Les États Membres devraient exploiter les liens indéniables entre la lutte antitabac et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

90. Les membres du Sous-Comité ont remercié le Secrétariat de la qualité du document, qui vient à point nommé. Ils ont déploré que, dans la Région africaine, seuls 9 pays sur 46 aient ratifié la Convention. La situation n'est pas encourageante car, en Afrique, les gens sont extrêmement vulnérables à l'influence de la publicité des multinationales du tabac, qu'une

législation stricte dans leur pays d'origine a forcées à délocaliser leurs activités de production et de vente de tabac dans des pays en développement qui n'ont pas de législation analogue.

91. Ils ont estimé qu'il fallait : i) inviter instamment les États Membres à accélérer la ratification de la Convention pour qu'ils puissent faire entendre leur voix dans les futurs débats internationaux sur la lutte antitabac; ii) fixer une date-butoir pour la ratification de la Convention par les États Membres de la Région africaine; iii) intensifier l'action de sensibilisation et de plaider parmi les législateurs des pays qui n'ont pas ratifié la Convention; iv) intensifier l'action de sensibilisation et de plaider parmi les Chefs d'État par le truchement de l'Union africaine pour veiller à ce que l'Afrique ne soit pas à la traîne en matière de prévention et d'endiguement des maladies non transmissibles liées au tabagisme; v) intensifier les efforts pour accroître le nombre de pays qui ratifient la Convention; vi) faire du Comité régional une tribune pour une action conjointe de plaider en Afrique en faveur de la ratification; vii) encourager les pays à élaborer une législation sur la lutte antitabac (publicité, lieux sans tabac) et à faire appliquer les textes.

92. Les membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) dans l'Introduction, au paragraphe 2, inclure le cancer du poumon et faire ressortir les liens entre le tabac et les maladies cardiovasculaires;
- b) dans la section intitulée Situation actuelle, au paragraphe 9, mettre à jour le nombre des pays qui ont ratifié la Convention;
- c) au paragraphe 20, première phrase, ajouter les mots «le recul de la pauvreté» entre «lutte antitabac» et «et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement»;
- d) au paragraphe 21, insérer une phrase pour exhorter les pays qui n'ont pas ratifié la Convention à le faire;
- e) dans la Conclusion, inclure une phrase pour encourager les pays qui n'ont pas ratifié la Convention à le faire.

93. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions et leur a donné l'assurance qu'elles seraient prises en compte dans la version révisée du document. Toutefois, en ce qui concerne plus particulièrement la ratification, les pays ont été instamment invités à déposer l'instrument de ratification auprès de la section des traités de l'ONU à New York. Il a été souligné que les législations spécifiques en matière de

lutte antitabac devaient être compatibles avec les dispositions de la Convention. La considération primordiale doit être d'agir dans l'intérêt de la santé publique.

94. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

CLONAGE HUMAIN À DES FINS DE REPRODUCTION : SITUATION ACTUELLE (document AFR/RC55/PSC/10)

95. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté le document sur le clonage à des fins de reproduction, dans lequel sont examinés les aspects éthiques de la question, les avantages potentiel du clonage à des fins autres que la reproduction, la situation actuelle dans la Région africaine, les perspectives d'avenir, la surveillance et l'évaluation, et enfin, la conclusion.

96. Le mot *clonage* est un terme généralement utilisé par les scientifiques pour décrire différents processus de reproduction du matériel biologique. Un *clone* est un organisme qui est la copie génétique d'un organisme existant. Le *transfert de noyau* est une technique qui sert à reproduire du matériel génétique en créant un embryon par transfert et fusion d'une cellule diploïde dans un oocyte femelle énucléé. Lorsque cette technique est utilisée pour le clonage d'êtres humains à des fins de reproduction, elle suscite de graves préoccupations éthiques et l'on y voit une menace pour la dignité humaine.

97. Depuis des années, la communauté internationale tente sans succès de parvenir à un consensus sur la question du clonage d'êtres humains à des fins de reproduction. En février 2005, la Commission juridique de l'Assemblée générale des Nations Unies a recommandé à l'Assemblée d'adopter une déclaration sur le clonage humain. Les États Membres étaient invités à interdire toutes les formes de clonage humain dans la mesure où elles sont incompatibles avec la dignité humaine et la protection de la vie humaine.

98. Le but du document est de sensibiliser les ministères de la santé des pays de la Région africaine en leur donnant des informations essentielles pertinentes sur le clonage humain à des fins de reproduction et sur ses conséquences pour l'état de santé de la population.

99. Certaines des préoccupations éthiques face au clonage à des fins de reproduction concernent le risque de dommages physiques, psychologiques ou sociaux, l'exploitation des pauvres ou encore le déséquilibre dans la répartition des ressources et le peu d'attention accordée aux questions prioritaires, particulièrement en Afrique. Parmi les avantages potentiels du clonage humain à des fins non reproductives et du transfert de noyau figurent notamment l'utilisation de cellules souches comme cellules de remplacement pour traiter certaines maladies chroniques et pour aider à mettre au point des médicaments, des

techniques de diagnostic ainsi que la création de nouvelles cellules et de nouveaux tissus pour les transplantations.

100. Dans la plupart des pays d'Afrique, il n'existe pas de réglementation ni de politique spécifique en matière de manipulations génétiques à des fins de traitement, de recherche et de reproduction, d'où un risque accru d'expériences et de projets illégaux ou contraires à l'éthique faisant intervenir la reproduction humaine.

101. Face à ces problèmes, les pays devraient adopter des politiques et des réglementations strictes ainsi que des mécanismes efficaces de mise en œuvre et de suivi, y compris des comités nationaux d'éthique. L'OMS et ses partenaires sont invités à fournir une assistance technique et financière aux pays pour qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires. Les États Membres sont invités à faire en sorte que les travaux de recherche médicale se déroulent selon des modalités qui respectent les principes éthiques et préservent la dignité de l'être humain.

102. Les membres du Sous-Comité se sont félicités de la qualité du document, qui vient à point nommé. Ils ont d'autre part souligné l'utilité des informations techniques qui y figurent.

103. Lors des discussions, les membres du Sous-Comité ont rappelé qu'un débat était en cours aux niveaux national et international mais qu'aucun consensus n'est établi jusqu'à présent. Ce grand débat porte sur la délimitation entre clonage humain à des fins de reproduction et clonage thérapeutique ainsi que sur les répercussions éthiques et morales de l'un et l'autre.

104. Les membres du Sous-Comité ont rappelé les termes du débat qui a eu lieu récemment aux Nations Unies et où trois grandes positions ont été exprimées, à savoir : rejeter toutes les formes de clonage; n'autoriser que le clonage thérapeutique; enfin, demander d'approfondir la discussion. La plupart des pays africains se sont rangés dans le premier ou le troisième groupe.

105. Certains pays d'Afrique se sont déjà dotés d'un comité d'examen éthique chargé de donner des avis sur la recherche en santé. L'OMS a été invitée à aider au renforcement de ces comités pour qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires face aux problèmes nouveaux, comme le clonage humain et la recherche sur les cellules souches, et le suivi de la Déclaration des Nations Unies.

106. Les membres du Sous-Comité ont d'autre part admis que le document sous examen était pour l'essentiel un document d'information, qui donne les renseignements techniques et scientifiques nécessaires pour mieux participer au débat international en cours.

107. Les membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) la section intitulée Situation actuelle devrait inclure des informations sur les pays qui reçoivent déjà de nombreuses demandes de création d'une banque ou d'un laboratoire de cellules souches, ainsi que des informations sur les pays qui se sont dotés d'un cadre juridique;
- b) au paragraphe 18, ajouter : e) aider les pays à renforcer leur capacité de mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies;
- c) au paragraphe 21, mentionner le consensus actuel sur l'interdiction du clonage humain à des fins de reproduction et l'absence de consensus sur l'interdiction du clonage thérapeutique.

108. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions et leur a donné l'assurance qu'elles seraient prises en compte dans la version révisée du document. Il a été souligné que le document, qui donne des informations scientifiques et techniques, a pour but de renseigner les pays et leur fournir des orientations. Il s'agit de donner aux pays les moyens de participer de façon adéquate au débat national et international. Le document n'a aucune valeur prescriptive quant à la position que les pays ou l'Afrique devraient adopter. Avec les rôles et les responsabilités suggérés, les pays sont censés prendre des mesures préventives, puisque sont préconisées dans le document des actions qui leur permettront d'être mieux préparés pour relever les nouveaux défis liés au clonage humain et les questions d'ordre éthique pour la recherche en santé en général. Le Sous-Comité a également été informé que le document a été préparé pour donner suite à une demande formulée à la cinquante-quatrième session du Comité régional et que le Bureau régional aiderait les pays à mettre en place et/ou à renforcer les capacités des comités d'éthique.

109. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ALLOCATION STRATÉGIQUE DES RESSOURCES (document AFR/RC55/PSC/11)

110. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a fait la présentation du document relatif aux principes directeurs, lequel contient l'information concernant l'allocation stratégique des ressources, les principes directeurs, les trois perspectives, le mécanisme et le processus de validation.

111. En 1998, la résolution WHA51.31 a introduit dans les six régions de l'OMS un mécanisme pour l'allocation des ressources. Par la suite, les budgets de l'Afrique et de l'Europe ont augmenté tandis que ceux des quatre autres régions ont diminué. Le rapport d'évaluation a été présenté à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé où ces quatre Régions ont demandé d'abandonner la formule d'allocation des ressources existante à la fin de 2005. La Décision WHA57(10) demandait au Directeur général de mettre au point une nouvelle formule basée sur l'équité, l'efficacité, la performance et les besoins les plus importants. Le premier projet a été produit et présenté à la cent-quinzième et à la cent-seizième sessions du Conseil exécutif.

112. Les principes directeurs sont présentés dans le contexte des changements proposés dans le cadre gestionnaire de l'OMS basé sur les résultats. Ils soulignent la nécessité d'allouer des ressources basées sur des programmes, des fonctions et des perspectives. Le document préconise le développement de trois instruments principaux à utiliser pour déterminer l'allocation de ressources : un plan stratégique à moyen terme (2008–2013), des principes et des critères d'allocation stratégique de ressources, et un mécanisme de validation.

113. Il y a sept principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources : l'allocation doit être guidée par des résultats escomptés de l'ensemble de l'organisation; le budget devrait englober toutes les ressources financières de l'OMS; le processus de planification devrait être guidé par le Programme général de Travail et les SCP; les indications de ressources relatives devraient être définies pour la totalité de la période de planification stratégique; les performances passées de programmes spécifiques devraient être prises en considération; trois perspectives – programmatique, fonctionnelle et organisationnelle – devraient être envisagées; pour finir, le processus de planification et le budget basé sur les résultats doivent être validés.

114. Lorsqu'il sera au point, le mécanisme de validation comprendra des paramètres, des indicateurs, des indices et des seuils pour l'allocation des ressources. Le mécanisme prend en compte trois composantes : la composante essentielle est liée aux fonctions de base de l'OMS; la composante engagement reflète les ressources additionnelles requises pour les fonctions administratives et la composante basée sur les besoins rend compte de la situation sanitaire et socio-économique des pays concernés et utilise un indice basé sur les besoins pour renseigner sur l'allocation de ressources additionnelles.

115. En résumé, le document propose 1) de relier l'allocation stratégique des ressources aux principaux processus gestionnaires de l'Organisation : le Programme général de Travail 2006–2015, un plan stratégique à moyen terme pour 2008–2013 et le Budget Programme; 2) de mettre au point un mécanisme de validation, et 3) de présenter à la cent-dix-septième

session du Conseil exécutif les limites d'indication de ressources émergeant du mécanisme de validation.

116. Le Sous-Comité du Programme a reconnu que c'était un important document justifiant qu'on lui consacre beaucoup de temps et une analyse approfondie. Cependant, le document a été difficile à comprendre et il faudrait lui consacrer beaucoup de travail pour le rendre facilement utilisable avant sa présentation au Comité régional. Le document devrait expliquer en quoi consistait l'ancienne formule et les avantages que la Région africaine en retirerait s'il était convenu d'un changement. Ce document devrait indiquer si ce processus fait partie de la réforme générale de l'OMS.

117. Le Sous-Comité a fait les suggestions spécifiques suivantes pour améliorer le document :

- a) l'introduction devrait fournir un aperçu général plus précis de l'ancienne formule et expliquer les composantes essentielles, préciser les fonctions essentielles dans le document et indiquer si ces fonctions essentielles se limitent uniquement au Siège;
- b) au paragraphe 11, la notion de l'approche de la «gestion basée sur les résultats» est subjective et peut conduire à désavantager des Régions et des bureaux de pays;
- c) dans la partie Allocation stratégique des ressources, ajouter d'autres principes comme la question de la décentralisation fiscale – mouvements de fonds entre le Siège et les Régions, engagement à long terme et la faculté de prédire les ressources émanant de bailleurs de fonds et d'États Membres pour faciliter la planification stratégique;
- d) au paragraphe 12, Principe 6, les questions posées dans ce paragraphe sont de pure forme étant donné que l'on sait où le travail est fait au mieux;
- e) dans la partie Allocation stratégique des ressources en fonction des trois perspectives, indiquer à quel point la formule d'allocation sera flexible, si les priorités changent et si les pays doivent ré-allouer des fonds;
- f) au paragraphe 17, septième point, ajouter «dans un esprit de décentralisation»;
- g) au paragraphe 24, dernière phrase, expliquer la pertinence de la catégorisation des coûts escomptés en «élevés, moyens ou faibles»;
- h) dans la partie Dispositif de validation, paragraphe 34, la dernière phrase a besoin d'une révision : elle semble contradictoire, étant donné que les Régions ne sont pas égales;

- i) au paragraphe 38, clarifier le sens de la composante essentielle et expliquer quel niveau de l'organisation devrait en être responsable et si elle serait financée sur des fonds de contributions volontaires ou sur le budget régulier;
- j) dans la partie, Processus d'allocation stratégique de ressources, paragraphe 43 : ajouter après «Comité régional» après les différents Comités du Siège.
- k) au paragraphe 44, supprimer «à prendre note du rapport» et mettre à la place «débatte du rapport et à l'adopter»; le processus auquel il est fait référence dans le sous-titre devrait être élucidé et cela devrait être clair si des budgets renouvelables accompagneront le plan stratégique à moyen terme.

118. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité pour ses commentaires et l'a informé qu'il s'agissait d'un document qui est toujours en cours d'évolution. Il entre dans le cadre de la réforme générale de l'OMS et répond au contexte actuel dans lequel le gros du budget provient des fonds de contributions volontaires qui sont imprévisibles. Des consultations sont en cours dans toutes les Régions avant de le finaliser et il y a lieu de se pencher davantage sur des questions comme les indicateurs et la pondération. La formule précédente était basée sur le fait que la majeure partie du financement provenait du budget régulier. Les participants ont été assurés qu'il était peu probable que la nouvelle approche se traduise par un désavantage pour la Région africaine, étant donné qu'elle comprend plus de pays à soutenir et a des besoins plus importants que toutes les autres régions.

119. Les ministres de la santé de la Région africaine ont pris connaissance d'un projet précédent de document au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé et ont pris position sur la question et ce document est disponible. Ils ont demandé l'opportunité d'obtenir une analyse plus approfondie en provenance des Régions. C'est la raison pour laquelle le document sera présenté au prochain Comité régional.

PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE : UN APPEL POUR UNE ACTION ACCÉLÉRÉE

120. Le Directeur régional a présenté le document intitulé «Prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine – un appel pour une action accélérée», fournissant un bref résumé de la situation du VIH/SIDA dans la Région et mettant l'accent sur la nécessité d'intensifier l'action dans le domaine de la prévention. Il a demandé l'avis du Sous-Comité sur la proposition de déclarer l'année 2006 «Année de l'accélération de la prévention du VIH en Afrique, en vue de présenter la question à l'approbation du Comité régional. Il relève de la fonction du Sous-Comité du Programme de conseiller le Directeur régional en fonction des besoins entre les sessions du Comité régional.

121. Le Sous-Comité du Programme a adhéré à l'unanimité à l'initiative d'intensifier la prévention de l'infection à VIH et de déclarer l'année 2006, année d'intérêt spécial sur le sujet. Il a insisté sur certains points devant être soulignés dans le document et lors des discussions de la Table ronde proposée pour la cinquante-cinquième session du Comité régional, à savoir :

- a) Analyser et comprendre de manière approfondie les raisons pour lesquelles les efforts de lutte contre l'infection à VIH dans la Région n'ont pas été couronnés de succès jusqu'ici;
- b) Comprendre les facteurs relatifs aux différences de situation, d'une part, entre les pays d'Afrique, et d'autre part, entre l'Afrique et les autres continents;
- c) Mettre l'accent sur les changements de comportements qui pourraient permettre aux gens de traduire leurs connaissances par un comportement protecteur;
- d) Élaborer impérativement des approches permettant de suivre l'incidence, outre la prévalence, afin de démontrer l'impact des interventions de prévention;
- e) Faire en sorte que la décision relative à cette initiative soit incorporée dans l'allocation du Secrétaire Général des Nations Unies qui sera prononcée devant l'Assemblée Générale en septembre 2005;
- f) Continuer d'insister sur l'amélioration de l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, tout en restant axé sur la prévention;
- g) Donner la priorité à la prévention de la transmission mère-enfant de même qu'à des interventions ciblant les toxicomanes consommant de la drogue sous forme intraveineuse;
- h) Aborder les besoins des orphelins, notamment, en se basant sur le thème de la Journée de l'Enfant africain en 2005, qui a trait à la protection contre l'infection à VIH;
- i) Faire en sorte que l'intégration et la coordination soient des principes clés dans la mise en œuvre de l'initiative;
- j) Accorder une large place à des stratégies et approches novatrices afin de faire la différence dans la prévention du VIH;

- k) Établir, dans la proposition à soumettre au Comité régional, un calendrier, y compris une date de commémoration.

122. Le Directeur régional a remercié le SCP pour le soutien accordé à l'initiative. Il a indiqué que la prévention de l'infection à VIH serait examinée à l'occasion d'une Table ronde au cours de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Il a également fait savoir aux participants qu'il avait eu une consultation multidisciplinaire sur la prévention de l'infection à VIH et qu'un rapport comportant de nombreuses recommandations novatrices serait communiqué aux membres du SCP. Après l'approbation du SCP, il annoncera publiquement l'initiative, prendra des mesures immédiates et soumettra la proposition au Comité régional.

123. Le SCP a approuvé la déclaration «Année 2006 année de l'accélération de la prévention du VIH» et a recommandé que le Comité régional adopte cette initiative.

SOMMET MINISTÉRIEL MONDIAL SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ, 2008

124. Le Directeur régional a présenté le document intitulé «Invitation à faire des offres pour abriter le Sommet ministériel mondial sur la Recherche en Santé, 2008». Il a été rappelé que la Déclaration de Mexico sur la Recherche en Santé a été examinée et débattue par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de Santé qui a par la suite adopté une résolution sur cette question intitulée «Sommet mondial sur la Recherche en Santé». L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la proposition du Sommet ministériel de Mexico d'organiser le Sommet ministériel de 2008 dans la Région africaine de l'OMS. En outre, le Directeur régional a indiqué que le but du Sommet ministériel de 2008 était de promouvoir la culture et la pratique de la recherche, de générer des connaissances, et de les utiliser, condition nécessaire pour atteindre les objectifs sanitaires aux niveaux national et international afin d'améliorer les performances des systèmes nationaux de santé et de renforcer le développement socioéconomique des pays. Le Sous-Comité du Programme a bien accueilli la proposition de tenir le Sommet ministériel dans la Région africaine et s'est félicité de la procédure qui consiste avoir des consultations avec les États Membres afin d'identifier et choisir le pays qui abriterait cet événement.

125. Le Sous-Comité a accepté les critères proposés pour le choix du pays hôte et proposé au Directeur régional une liste de pays qui devrait être examinée lors des consultations avec les gouvernements. Les pays proposés sont l'Algérie, le Kenya, le Mali, le Mozambique, le Nigéria, le Rwanda, le Sénégal et l'Afrique du Sud.

126. Le point sera examiné à la cinquante-cinquième session du Comité régional pour décision.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (AFR/RC55/PSC/12)

127. 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 RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL

128. Le Sous-Comité du Programme a décidé que son Président et ses Rapporteurs présenteraient le rapport du 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.

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

- a) Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- b) Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- c) Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- d) Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis, et perspectives dans la Région africaine
Dr Boureima Hama Sambo (Rapporteur)
- e) Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une Stratégie pour la Région africaine
Dr Boureima Hama Sambo (Rapporteur)
- f) Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
Dr Habib Saizi Somanje (Rapporteur)

- g) Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
Dr Habib Saizi Somanje (Rapporteur)
- h) Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle
Dr Alexandre Manguele (Rapporteur)
- i) Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques
Dr Alexandre Manguele (Rapporteur)

CLÔTURE DE LA RÉUNION

130. Le Président du Sous-Comité du Programme, le Professeur Mohammed Lemine Ba, a remercié les membres du Sous-Comité de lui avoir facilité la tâche. Il les a remerciés pour leur patience, leur attention, leur participation active, et leur collaboration tout au long de la réunion. Il a félicité le Directeur régional et le personnel du Bureau régional pour la qualité et la pertinence des documents présentés, car elles ont facilité les discussions.

131. Le Président du Sous-Comité du Programme a porté à la connaissance des membres que Madagascar, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, l'Île Maurice et le Mozambique étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il les a remerciés pour la diligence dont ils font preuve pendant les travaux du Sous-Comité. Ces pays seront remplacés par l'Afrique du Sud, les Seychelles, la Sierra Leone, le Swaziland, la Tanzanie et le Togo.

132. Le Directeur régional a remercié le Président pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité pour l'excellente qualité de leur contribution et de leurs conseils, qui ont permis d'enrichir les documents. Il a assuré les membres du Sous-Comité que leurs suggestions et recommandations seraient prises en compte lors de la révision des documents en vue de discussions plus approfondies qui auront lieu lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Il a remercié les membres du Sous-Comité pour leur indulgence car ils ont examiné deux points qui n'étaient pas à l'ordre du jour.

133. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité, les interprètes, les traducteurs et le Secrétariat pour l'excellente qualité de leur travail, qui a contribué au succès de la réunion.

134. Le Président a déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

MADAGASCAR

Prof. Erline H. Rasikindrahona
Directeur de la Promotion de la Santé

MALAWI

Dr Habib Saizi Somanje
Director of Preventive Health Services

MALI

Dr Sidy Diallo
Conseiller technique du Ministère de la Santé

MAURITANIE

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre de la Santé

MAURICE

Mr Yogendr'nath Ramful
Senior Principal Health Economist

MOZAMBIQUE

Dr Alexandre Lourenço Jaime Manguela
Assessor do Ministro de Saúde

NAMIBIE

Dr Norbert P. Forster
Under Secretary, Health and Social Welfare Policy

NIGER

Dr Boureima Hama Sambo
Directeur de la Santé

NIGÉRIA

Dr Shelu Sule
Director, Health Planning and Research

RWANDA

Dr Eliphaz Ben Karenzi
Secrétaire général du Ministère de la Santé

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr José Manuel de Jesus Alves Carvalho
Coordenador da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde

SÉNÉGAL

Dr Babacar Dramé
Directeur de la Santé

2. COMITÉ CONSULTATIF AFRICAIN POUR LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT SANITAIRES (CCARDS)

Dr Shyam Shunker Manraj
Consultant (Pathology Services)
Central Health Laboratory, CANDOS
Victoria Hospital, Mauritius
Chairman of AACHRD

3. OBSERVATEUR

Mrs Dedeh Jones*
Chief Nursing Officer of the Ministry of Health and Social Welfare
Liberia

* N'a pas pu participer.

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/PSC/1)
4. Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour l'exécution dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/3)
5. Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/PSC/4)
6. Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/5)
7. Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/6)
8. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/7)
9. Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/8)
10. Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/9)
11. Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/PSC/10)
12. Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques (document AFR/RC55/PSC/11)
13. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/PSC/12)
14. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
15. Clôture de la réunion

APPENDICE 3 PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 14 JUIN 2005

10h00 – 10h10	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
10h10 – 10h20	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h20 – 10h30	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/PSC/1)
10h30 – 11h00	Pause-café	
11h00 – 12h30	Point 4 de l'ordre du jour	Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour l'exécution dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/3)
12h30 – 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 – 16h00	Point 5 de l'ordre du jour	Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/PSC/4)

2^{ème} JOUR : MERCREDI 15 JUIN 2005

09h00 – 10h30	Point 6 de l'ordre du jour	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/5)
10h30 – 11h00	Pause-café	
11h00 – 12h30	Point 7 de l'ordre du jour	Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/6)
12h30 – 14h30	Pause-déjeuner	
14h30 – 16h00	Point 8 de l'ordre du jour	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/7)
17h00	<i>Cocktail</i>	

3^{ème} JOUR : JEUDI 16 JUIN 2005

09h00 – 10h30	Point 9 de l'ordre du jour	Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/8)
10h30–11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00–12h30	Point 10 de l'ordre du jour	Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/9)
12h30–14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00–16h00	Point 11 de l'ordre du jour	Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/PSC/10)
16h00–17h00	Point 12 de l'ordre du jour	Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques (document AFR/RC55/PSC/11)

4^{ème} JOUR : VENDREDI 17 JUIN 2005

09h00 – 16h00	Rédaction du rapport	(Travail du Secrétariat)
16h00	Points 13, 14 et 15 de l'ordre du jour	<ul style="list-style-type: none">• Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/PSC/12)• Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional• Séance de clôture

RAPPORT DE LA TABLE RONDE SUR LA PRÉVENTION DU VIH / SIDA DANS LA REGION AFRICAINE

INTRODUCTION

1. La table ronde sur la prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine s'est tenue le 23 août 2005 sous la présidence du Dr Alex Kamugisha, Ministre d'État de la Santé de l'Ouganda. Dans ses remarques liminaires, le Président a rappelé la consultation sur la prévention du VIH organisée par le Directeur régional à Brazzaville (Congo) en juin 2005 et les recommandations du Sous-Comité du Programme sur la nécessité d'accélérer les activités de prévention du VIH dans la Région africaine.

2. Le Dr Olive Shisana, Présidente et Directrice du Conseil de la recherche en sciences humaines d'Afrique du Sud, était chargée d'animer les débats. Elle a décrit dans ses grandes lignes la situation du VIH/SIDA en Afrique, mettant en évidence les facteurs responsables de l'augmentation de l'incidence de l'infection, les principaux défis à relever pour faire face à l'épidémie et les recommandations formulées à l'issue de la consultation de Brazzaville sur la prévention du VIH.

POINTS DE DISCUSSION

3. Les participants ont examiné les points suivants :
- a) quelles mesures précises les ministères de la santé peuvent-ils prendre pour revitaliser la prévention du VIH et susciter ainsi un sentiment d'urgence ?
 - b) quelles mesures concrètes les ministères de la santé peuvent-ils prendre pour veiller à ce que soient amplifiées les actions de prévention axées sur les jeunes et les autres groupes vulnérables ?
 - c) quelles mesures pratiques les ministères de la santé devraient-ils prendre pour encourager les communautés, les organisations communautaires, les ONG, les organisations professionnelles et les personnes vivant avec le VIH/SIDA à prendre une part accrue aux activités de prévention ?

- d) quelles mesures concrètes faudra-t-il prendre pour 2006, Année de l'accélération de la prévention du VIH en Afrique ?

CONTRIBUTIONS

4. Les représentants de 45 pays et 10 organisations partenaires ont pris part aux débats, et vingt communications ont été faites. Les auteurs de ces communications ont tous affirmé que la lutte contre le VIH/SIDA est un enjeu majeur pour le développement et mérite une attention toute particulière. Les participants ont approuvé à l'unanimité la proposition du Directeur régional consistant à déclarer 2006 Année de l'accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine.

RECOMMANDATIONS

5. Les participants ont formulé les recommandations suivantes :
- a) veiller à ce que les ministères de la santé mènent des actions efficaces de sensibilisation et prennent la direction des opérations;
 - b) renforcer et revitaliser les activités de prévention en suscitant un sentiment d'urgence, et veiller à ce que soient fixées des cibles appropriées;
 - c) accélérer la mise en œuvre d'actions multisectorielles tout en veillant à coordonner et à harmoniser les efforts de prévention du VIH;
 - d) améliorer l'accès à des actions préventives de qualité au sein du secteur de la santé en renforçant les systèmes de santé;
 - e) amplifier les programmes de prévention axés sur les jeunes, les femmes, les jeunes filles et les autres groupes vulnérables, dont les travailleurs du sexe;
 - f) exécuter des programmes de promotion de la santé pouvant aider les individus à dépasser le stade de la simple prise de conscience et de la connaissance pour modifier dans le bon sens leur comportement sexuel;
 - g) organiser des programmes de mobilisation sociale donnant aux communautés le sentiment d'être parties prenantes et garantissant l'utilisation des ressources locales;

- h) s'attaquer aux problèmes de la stigmatisation et de la discrimination, et abandonner les valeurs et pratiques culturelles négatives;
- i) associer l'extension des traitements et la prévention du VIH;
- j) promouvoir la recherche locale conduisant à une meilleure compréhension de la dynamique de la transmission du VIH afin de mettre en place des ripostes appropriées;
- k) multiplier la création de partenariats entre les gouvernements, le secteur privé et les organisations de la société civile, dont les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA;
- l) élaborer des politiques et des législations appropriées afin de créer un milieu favorable à l'intensification des activités de prévention du VIH;
- m) mobiliser et allouer des ressources suffisantes pour faciliter l'intensification des activités de prévention du VIH;
- n) renforcer la surveillance et l'évaluation des activités de prévention du VIH;
- o) faire campagne pour une intensification des efforts visant à la mise au point de techniques de prévention basées par exemple sur l'utilisation de microbicides et de vaccins anti-VIH;
- p) continuer de collaborer avec les instituts de recherche et les partenaires concernés pour évaluer l'efficacité de la circoncision masculine dans la prévention de l'infection par le VIH.

RAPPORT DE LA DISCUSSION DE GROUPE

Déterminants sociaux de la santé et inégalités en matière de santé : une préoccupation dans la Région africaine

INTRODUCTION

1. La discussion de groupe sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé dans la Région africaine s'est tenue le 25 août 2005 sous la présidence du Dr Zeinab Mint Youba-Maïga, Ministre de la Santé du Mali. Dans ses remarques liminaires, elle a déclaré qu'il existe dans de nombreux pays de la Région africaine et d'autres régions du monde des inégalités que l'on peut humainement et socialement maîtriser, mais que ces inégalités ne cessent de s'accroître alors que le monde connaît une ère de progrès sans précédent en ce qui concerne l'accumulation des richesses, l'élargissement des connaissances et la promotion de la santé. Toutefois, les politiques sanitaires sont encore dominées par la mobilisation contre les maladies, sans que cette mobilisation tienne compte de l'environnement social, d'où la persistance des problèmes de santé, l'accroissement des inégalités, et les résultats bien insuffisants obtenus des interventions sanitaires.

2. L'OMS s'intéresse à la mesure des inégalités en matière de santé en tant qu'indicateur à part entière de la performance des systèmes de santé. Il est établi que des politiques, des actions et un leadership appropriés tenant compte des facteurs sociaux peuvent améliorer la santé et l'accès aux soins de santé. C'est dans ce contexte qu'à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général de l'OMS, le Dr Jong-wook Lee, a demandé la création de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé. Cette Commission qui est chargée de recommander des politiques et des interventions visant à améliorer la santé et à réduire les inégalités en matière de santé grâce à une action sur les déterminants sociaux, a été lancée à Santiago (Chili), le 17 mars 2005. Le Ministre a également fait remarquer que, pour atteindre les objectifs de la politique de la Santé pour Tous dans la Région africaine pour le 20^{ème} siècle, il était nécessaire de réduire d'urgence les inégalités et iniquités en matière de santé dans la Région; d'où la présente discussion de groupe.

POINTS DE DISCUSSION

3. Le groupe a examiné les questions essentielles suivantes :

- a) a-t-on pu documenter certains aspects d'inégalités évitables ? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, pourquoi ? Est-ce faute de données ? Que faut-il faire pour déterminer l'ampleur des inégalités évitables dans le pays ?
- b) qu'est-ce qui a été fait au sujet des inégalités évitables qui existent ?
- c) quelles autres informations sont-elles nécessaires pour documenter les inégalités évitables et prendre les mesures qui s'imposent ?

4. Les participants au débat, à savoir les ministres de la santé du Malawi, de l'Ouganda et de la République démocratique du Congo, ont respectivement axé leurs réflexions sur les inégalités relatives à la santé maternelle et infantile, y compris la PCIME; le paludisme; et le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose. Aucun exposé n'a été présenté sur les systèmes de santé, le membre invité n'ayant pas reçu la communication à temps.

CONTRIBUTIONS

5. Le Ministre de la Santé du Kenya, dans un exposé présenté en son nom par le Dr James Nyikal, Directeur des Services médicaux, a attiré l'attention sur la situation des groupes vulnérables et a soulevé des questions pertinentes relatives aux facteurs à l'origine d'inégalités sur le plan de la santé. L'exposé a encore explicité le rôle de la pauvreté et l'inégalité de la répartition des richesses. Il a donné une description générale des objectifs et du *modus operandi* de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH).

6. Le Dr Pascoal Mocumbi, membre de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et ambassadeur itinérant de la Région africaine de l'OMS pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant a fourni des indications sur la réunion de la CSDH dans la Région africaine à Brazzaville. La Commission a noté que les investissements dans le domaine de la santé étaient insuffisants dans la Région et invité les pays à aborder d'urgence les questions relatives aux systèmes de santé et aux ressources humaines pour la santé. Il a prié le Comité régional de prendre en charge les travaux de la Commission dans la Région africaine.

7. Les participants à la discussion de groupe et huit débatteurs ont donné un aperçu des facteurs à l'origine d'inégalités sur le plan de la santé dans leurs pays respectifs. Tous ont invariablement mentionné la pauvreté. Les autres facteurs étaient la mondialisation, les conflits, les environnements physiques et sociaux dans lesquels la plupart des gens vivent, les déterminants sociaux, économiques, culturels et démographiques.

8. Certaines actions menées dans certains des pays pour aborder la question des inégalités ont été également présentées dans les grandes lignes, à savoir :

- a) Pour la santé maternelle et du nouveau-né :
 - i) Prêter assistance à la naissance
 - ii) Fournir des soins d'obstétrique d'urgence
 - iii) Accroître le nombre d'ambulances
 - iv) S'attaquer aux croyances culturelles
 - v) Mettre à la disposition des accoucheuses traditionnelles des trousseaux de formation et d'accouchement
 - vi) Amener les chefs traditionnels à prêter assistance aux femmes en train d'accoucher et recenser les décès maternels et d'enfants
 - vii) Programmes nutritionnels
 - viii) Allocations sociales
 - ix) Adoption de la feuille de route pour la maternité sans risque.

- b) Pour le paludisme :
 - i) Moustiquaires imprégnées d'insecticide
 - ii) Pulvérisation résiduelle intradomiciliaire
 - iii) Fourniture de médicaments aux populations vulnérables

- c) Pour le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose : Fourniture d'antirétroviraux gratuits.

9. Les intervenants et les délégués participant au débat ont suggéré plusieurs actions et interventions pour progresser :

- a) Favoriser le changement en fournissant des informations et en préconisant la mise en œuvre de politiques mondiales et nationales efficaces qui ciblent les déterminants sociaux de la santé.

- b) Collaboration intersectorielle faisant intervenir les gouvernements, les ONG, les hommes politiques et d'autres parties prenantes

- c) Création de groupes de travail intersectoriels faisant intervenir des décideurs, des représentants de la société civile, divers ministères ainsi que des universitaires, et mobilisation du leadership politique et des partenariats pour veiller à ce que les politiques en faveur des pauvres reçoivent un appui

- d) Partage équitable des ressources grâce à des politiques appropriées, en direction des pauvres par le biais de la propriété foncière et de l'emploi, entre autres.
- e) Instauration d'environnements de travail sains, de possibilités d'emploi et de salaires équitables
- f) Mobilisation de ressources
- g) Prise en compte de la question des droits humains fondamentaux
- h) Adoption de politiques qui encouragent la solidarité
- i) Mise au point de mécanismes d'affectation des ressources favorisant les zones et groupes désavantagés
- j) Réforme du secteur de la santé renforçant le système de santé
- k) Utilisation des approches sectorielles
- l) Développement de l'action de plaidoyer
- m) Formation de groupes consultatifs sectoriels pour encourager la collaboration multisectorielle
- n) Adoption de systèmes conviviaux pour les usagers, par exemple création de postes de santé dans les villages
- o) Accès à l'éducation
- p) Nivellement des disparités entre hommes et femmes

PROBLÈMES

10. Les panélistes et les délégués mentionnent les deux défis, incluant l'insuffisance de ressources, l'égoïsme de la part des riches et l'insuffisance d'une volonté politique.

RECOMMANDATIONS

11. Compte tenu des liens étroits entre santé et bien-être social , les ministres et les délégués ont demandé au Bureau régional de l’OMS d’élaborer une stratégie régionale qui ferait ressortir le rôle des pays dans l’action de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

12. Les États Membres ont souligné la nécessité d’appliquer les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé de l’OMS, et en particulier de préparer dans les États Membres des plans d’investissements sanitaires en faveur des pauvres pour redresser les inégalités en matière de santé.

ANNEXE 7

RAPPORT DE LA SÉANCE SPÉCIALE

Financement durable de la santé en Afrique

Contexte

1. Le Dr Alimata Diarra-Nama, Directeur, Développement des Systèmes et Services de Santé, a souhaité la bienvenue à tous les délégués, distingués invités et membres du Secrétariat à la séance spéciale sur le financement durable de la santé en Afrique. Elle a adressé ses remerciements à la Banque mondiale et au Fonds monétaire international pour avoir répondu à l'invitation du Directeur régional et accepté d'apporter leur concours à la tenue de la séance spéciale. Elle a également adressé ses remerciements aux panélistes pour avoir accepté de partager leurs expériences à cette séance.
2. Le Dr Alimata Diarra-Nama a déclaré qu'au cours des diverses séances de la cinquante-cinquième session du Comité régional, les délégués avaient discuté de ce que les pays devaient faire pour intensifier les efforts visant à réaliser les OMD. Elle a ajouté que la présente séance serait consacrée à l'examen des voies et moyens de financer ces efforts et de relever les défis auxquels les pays sont confrontés à cet égard.
3. Elle a souligné que le financement des systèmes de santé revêt une grande importance, compte tenu de son impact non seulement sur les fonctions de gérance, les ressources disponibles et les prestations de services, mais aussi sur la réalisation des objectifs des systèmes de santé, à savoir la promotion de la santé, la prise en compte des aspirations non médicales des populations et l'équité dans la contribution financière des usagers.
4. Le Dr Alimata Diarra-Nama a appelé l'attention des délégués sur le fait que lors des débats, ils devaient se rappeler que les objectifs du financement de la santé étaient de garantir la disponibilité des fonds et l'efficacité des interventions, de mettre en place des mesures d'incitation appropriées en faveur des prestataires de services, et de s'assurer que tous les individus ont accès à des soins efficaces de santé publique et de santé personnelle. Elle a rappelé les trois fonctions du financement de la santé : le recouvrement des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des services de santé.
5. Elle a précisé que l'objectif général de la séance spéciale était de renforcer le dialogue entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, la Banque mondiale, le Fonds monétaire

international (FMI) et les ministères de la Santé sur les principaux défis associés au financement de la santé dans la Région africaine de l'OMS. Elle a ajouté que les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- convenir des stratégies et approches pour relever les défis associés au financement de la santé dans la Région;
- discuter des politiques et mécanismes financiers à mettre en place afin de permettre aux pays de mobiliser les ressources nécessaires pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé.

6. Le Dr OK Pannenburg a remercié le Directeur régional pour l'invitation qu'il a adressée à la Banque mondiale et au FMI pour qu'ils viennent dialoguer avec les délégués à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

7. La séance spéciale s'est tenue en deux parties. La première était consacrée aux défis qui se posent dans le financement de la santé, ainsi qu'aux réformes entreprises récemment dans ce domaine. La deuxième était axée sur les considérations d'ordre fiscal dans les dépenses visant à réduire la pauvreté.

Première partie : Défis associés au financement de la santé et tendances des réformes entreprises récemment dans ce domaine dans la Région africaine

8. La première partie de la séance spéciale était présidée par le Dr Hetherwick Ntaba, Ministre de la Santé du Malawi. Elle a été consacrée à l'examen des principaux défis associés au financement de la santé dans la Région, ainsi que des réformes entreprises récemment pour mieux faire face à ces défis. Les débats ont été précédés par un bref exposé intitulé : «Défis associés au financement de la santé et tendances des réformes entreprises récemment dans ce domaine dans la Région africaine». Cet exposé a été présenté par le Dr Alexander Preker de la Banque mondiale.

9. M. Muhammed Lecky, Directeur exécutif du «National Health Insurance Scheme», au Nigéria, a présenté un exposé intitulé : «Nigerian national health insurance scheme : key strategic response to health care financing». Pour sa part, le Dr Sam Akoa, Secrétaire exécutif du «National Health Insurance Council», au Ghana, a présenté un exposé intitulé : «National health insurance scheme, Ghana». Au cours des débats qui ont suivi entre les panélistes et les délégués, un certain nombre de défis et de recommandations ont émergé.

Enjeux et défis

10. Les participants ont passé en revue les enjeux et défis sous forme de questions :
- a) Comment les subventions croisées peuvent-elles se faire dans un pays fragmenté comme le Nigéria ?
 - b) Comment les pays peuvent-ils introduire des systèmes d'assurance-maladie et de sécurité sociale dans des situations où : i) il manque les capacités humaines (administratives et gestionnaires) et institutionnelles nécessaires; ii) une proportion non négligeable de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté (moins de US \$1 par jour); iii) les secteurs informels prédominent; iv) le secteur médical privé exerce une forte opposition ?
 - c) Les systèmes d'assurance-maladie et de sécurité sociale sont-ils financièrement possibles, compte tenu des charges administratives élevées qui y sont associées ? Comment les pays qui introduisent de tels systèmes peuvent-ils en contenir les coûts ?
 - d) Comment les services de promotion et de prévention peuvent-ils être financés dans le cadre des programmes nationaux d'assurance-maladie ?
 - e) Comment les pays peuvent-ils améliorer la qualité de leurs services de santé publique pour rendre ceux-ci attrayants pour ceux qui sont capables de payer ?
 - f) Comment les pays peuvent-ils étendre substantiellement la couverture en services de santé liés aux OMD, dans la limite des plafonds budgétaires imposés par le FMI ?

Recommandations

11. L'OMS et les partenaires de développement (Banque mondiale et FMI) doivent fournir aux pays un appui pour leur permettre de :
- a) renforcer le financement de la santé et les capacités en matière de gestion financière;
 - b) élaborer des politiques et stratégies complètes de financement de la santé en faveur des pauvres;
 - c) entreprendre des analyses de faisabilité financière pour déterminer si les réformes envisagées en matière de financement sont oui ou non viables;

- d) instituer et tenir des comptes nationaux pour la santé;
- e) élaborer des mécanismes pour la coordination de l'appui financier de diverses sources au secteur de la santé.

Deuxième partie : Compréhension des considérations d'ordre fiscal dans les dépenses visant à réduire la pauvreté

12. La deuxième partie de la séance spéciale était présidée par le Dr Lea Koyassoum-Doumta, Ministre de la Santé publique et de la Population de la République centrafricaine. Cette partie a permis de passer en revue les efforts déployés par la communauté internationale (partenaires de développement) pour aider les États Membres à faire face aux défis associés au financement de la santé.

13. Elle a commencé par la présentation d'un exposé par M. Perone, Représentant du FMI au Mozambique. Cet exposé était intitulé : «Understanding fiscal space : Issues in designing poverty reducing expenditures». M. Perone a posé les questions suivantes : Qu'entend-on par considérations d'ordre fiscal ? Quelles sont les considérations d'ordre fiscal à intégrer dans les programmes relatifs aux dépenses visant à réduire la pauvreté ? Comment les pays peuvent-ils élargir la portée de ces considérations ? Quels sont les liens entre les considérations fiscales et le concept de viabilité ?

14. M. Perone a mentionné un certain nombre de stratégies pour accroître la portée des considérations d'ordre fiscal, par exemple, l'augmentation des recettes grâce à l'élargissement de l'assiette fiscale, à l'établissement des priorités en matière de dépenses, à un recours accru à l'emprunt, à l'augmentation des subventions et à une saine gestion macroéconomique.

15. Pour la deuxième partie de la séance spéciale, les panélistes étaient le Dr Tim Evans, Sous-Directeur général, EIP/HA, et le Dr Emmanuel Reynaud, Chef de la Protection sociale à l'Organisation internationale du Travail. Au cours des débats qui ont suivi entre les panélistes et les délégués, un certain nombre de défis et de recommandations ont émergé.

Enjeux et défis

16. Les participants ont passé en revue les divers enjeux et défis sous forme de questions :
- a) Les politiques fiscales en vigueur sont-elles favorables au secteur de la santé ?
 - b) Les investissements dans le secteur de la santé sont-ils économiquement productifs ?

- c) Comment les pays peuvent-ils fournir un appui aux institutions de formation pour leur permettre de former davantage de ressources humaines, de recruter les ressources humaines pour la santé additionnelles nécessaires ou de repousser l'âge du départ à la retraite, compte tenu des plafonds macroéconomiques imposés par le FMI ?
- d) Comment peut-on améliorer les conditions de service du personnel de santé pour attirer ce personnel et le retenir, sans enfreindre la législation fiscale en vigueur ?
- e) Comment les pays peuvent-ils renforcer les investissements dans les domaines des médicaments, des technologies médicales et de l'infrastructure sanitaire, sans enfreindre la législation fiscale en vigueur ?
- f) Comment les pays peuvent-ils instituer des mécanismes de financement obligatoires et payés à l'avance, sans enfreindre la législation fiscale en vigueur ?

Recommandations

17. Diverses recommandations ont été faites :

- a) Le FMI doit fournir un appui aux pays pour leur permettre de tenir compte des considérations fiscales appropriées, afin d'acheter et de produire les intrants sanitaires nécessaires pour réaliser les OMD.
- b) La Banque mondiale et le FMI doivent plaider en faveur de l'harmonisation du financement des bailleurs de fonds, afin de réduire les charges administratives associées à l'aide.
- c) L'OMS et la Banque mondiale doivent fournir un appui aux pays pour leur permettre de mettre en place des mécanismes de suivi de l'efficacité de l'utilisation des ressources destinées au secteur de la santé.

**ALLOCUTION DU PROFESSEUR PAULO IVO GARRIDO
MINISTRE DE LA SANTÉ DU MOZAMBIQUE**

Excellence, Monsieur le Président de la République du Mozambique,
Monsieur le Directeur général de l'OMS, Dr Jong-wook Lee,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, Dr Luis Gomes Sambo,
Excellence, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs les Délégués,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un honneur et un privilège de prendre la parole devant cette auguste assemblée, à l'occasion de l'ouverture de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Avec la permission de Son Excellence le Président de la République, je voudrais adresser mes chaleureuses salutations à tous les participants. Je voudrais également exprimer notre grande satisfaction pour l'insigne honneur qui nous est fait d'abriter ici à Maputo, la capitale du Mozambique, la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui sera consacrée à l'examen des principaux problèmes de santé qui se posent dans la Région africaine.

Avec émotion et une grande joie, je souhaite à tous la bienvenue à Maputo.

Je voudrais rendre un hommage particulier au Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS. La présence parmi nous du plus haut fonctionnaire des Nations Unies dans le domaine de la santé est pour nous, membres du personnel de santé du Mozambique, un très grand honneur.

Je voudrais également adresser mes félicitations au Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, pour sa prise de fonctions. Qu'il me soit permis de saisir l'occasion pour lui souhaiter la bienvenue à Maputo et l'assurer de tout notre soutien dans le déroulement de la présente session qui revêt une grande importance pour la santé de nos populations.

Je voudrais aussi souhaiter la bienvenue à Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des pays de la Région africaine, ainsi qu'aux Représentants des organisations internationales et aux autres illustres personnalités prenant part à la session.

Monsieur le Président de la République, votre présence dans cette salle témoigne de l'importance qu'attache notre Gouvernement à la santé en tant que pilier du développement humain et fondement de l'éradication de l'extrême pauvreté dans nos pays. Monsieur le Président, je tiens à vous adresser mes remerciements pour avoir réhaussé de votre présence la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je saisis l'occasion pour réitérer l'engagement du Mozambique à tout mettre en œuvre pour que la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique se déroule dans les meilleures conditions.

Pour conclure, je souhaite à tous les participants plein succès dans vos délibérations et je vous invite à vous sentir chez vous ici à Maputo.

Je vous remercie.

ANNEXE 9

ALLOCUTION DU DR SALEH MEKY, MINISTRE DE LA SANTÉ DE L'ÉRYTHRÉE, PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

Excellence Monsieur le Président de la République du Mozambique,
Excellence M. Alpha Omar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine,
Honorables collègues Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi d'abord de remercier chacun de vous pour l'honneur que vous m'avez fait ainsi qu'à mon pays, l'Erythrée, en me portant à la présidence de du Comité régional de l'Afrique l'année dernière.

Au cours des 12 derniers mois, nous avons constaté un regain d'attention à l'égard des maladies de la pauvreté, qui sont également les trois maladies transmissibles les plus importantes en Afrique, à savoir : le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA. À la suite de la Déclaration d'Abuja sur l'Initiative « Faire reculer le paludisme en Afrique », de nombreux pays ont fait des progrès vers la réalisation des cibles de cette initiative.

La prévalence de la tuberculose dans notre Région est en augmentation à cause de la pandémie de VIH/SIDA. Bien que la tuberculose soit une maladie qui peut être soignée, la plupart de nos populations n'ont pas un accès facile aux soins à cause des forts niveaux de pauvreté qui prévalent dans nos pays. Nous devons donc aider les individus à accéder à des soins de qualité et d'un bon rapport coût/efficacité, dans le cadre d'un système de soins décentralisé et axé sur la communauté.

Afin d'intensifier des interventions reposant sur des bases factuelles en vue de combattre les maladies liées à la pauvreté dans notre Région, une Division consacrée au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme a été créée au Bureau régional. À ce jour, de nombreux pays africains ont fait des progrès significatifs dans la lutte contre ces maladies. Mais il reste encore beaucoup à faire pour intégrer nos actions en vue d'une utilisation efficiente de nos maigres ressources.

Le lancement de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé créée par le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, qui a été

accueilli par le Gouvernement et le peuple de la République du Chili, a été un autre événement important au cours de cette année. Monsieur le Ministre de la Santé du Kenya a présenté la position de l'Afrique au cours de cette cérémonie. Le Directeur régional et moi-même avons également participé aux travaux.

Monsieur le Ministre de la Santé du Kenya a été désigné membre permanent de la Commission. Au mois de juillet de cette année, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a abrité la Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé. Tous les membres de la Commission y ont participé et ont pris note des idées exprimées à ce sujet par les experts de notre Région.

À la suite de l'adoption et du lancement des objectifs du Millénaire pour le développement, tous les États Membres s'emploient actuellement à mettre en œuvre des activités destinées à atteindre les cibles du Millénaire pour le développement. Pour atteindre l'ensemble des cibles proposées, il est nécessaire que tous les États Membres conjuguent leurs efforts, notamment en ce qui concerne les cibles relatives à la santé qui nous intéressent directement. Il est impératif d'avoir des fonds supplémentaires, même si une approche concertée et une action conjointe sont de nature à garantir notre succès dans cette entreprise.

Pour atteindre ces objectifs, l'expérience que nous avons récemment acquise à Genève sera déterminante. Malgré la diversité fort compréhensible qui caractérise notre approche, notre répartition géographique et économique ainsi que nos organisations politiques, la démarche régionale commune que nous nous efforçons d'adopter en ce qui concerne les problèmes de santé importants à l'échelle mondiale est encourageante.

En effet, au cours de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé tenue à Genève au mois de mai de cette année, nous avons présenté la position commune de l'Afrique sur les problèmes relatifs à la santé maternelle et néonatale, le VIH/SIDA, le développement des ressources humaines dans la Région africaine et le financement des soins de santé. Cette position, qui résultait d'un consensus établi au cours des consultations régulières que nous avons tous les matins avant les sessions de l'Assemblée, nous a permis de renforcer les relations entre nos pays et a probablement souligné le besoin et démontré l'intérêt d'une assistance mutuelle, par l'adoption d'une position commune nous permettant de présenter une position unique sur les grands problèmes de santé.

Cette démarche constitue, à mon avis, l'une des évolutions les plus prometteuses dans nos efforts communs pour réduire le fardeau de la maladie dans nos États respectifs et atténuer la souffrance de nos populations.

Il semble par conséquent judicieux d'encourager cette heureuse évolution, dans l'intérêt de tous les États Membres de la Région, en renforçant notre unité et en favorisant l'adoption d'une position régionale dans la définition des activités communes à mener en ce qui concerne les financement des soins de santé, le développement des ressources humaines pour la santé et la décentralisation, questions capitales auxquelles il faudra s'attaquer au cours de la prochaine année.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a démontré qu'il peut nous aider à atteindre cet objectif de façon efficiente et efficace si nous lui apportons l'appui et la bonne volonté dont il a certainement besoin.

Mesdames et Messieurs, depuis l'élection du Dr Luis Gomes Sambo, ressortissant de la République d'Angola, au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, de nombreuses initiatives ont été prises. On peut citer à cet égard la restructuration du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le projet visant à renforcer les bureaux de l'OMS dans les pays. Il s'agit là d'une heureuse évolution pour ceux d'entre nous qui travaillent dans les ministères de la santé. Le nouveau Directeur régional a par ailleurs entrepris une action vigoureuse pour mobiliser des ressources en vue de financer les programmes prioritaires.

La mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays (SCP), qui bénéficie actuellement de l'attention du Bureau régional, constitue également une heureuse initiative car elle nous permettra certainement de faire face aux priorités spécifiques à nos pays. Nous encourageons donc tous les niveaux de l'OMS à poursuivre la redéfinition en cours des activités pour tenir compte des éléments prioritaires des SCP des divers pays.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs,

Nous arrivons maintenant à la fin de l'exercice biennal 2004-2005 et préparons actuellement le plan de travail pour l'exercice 2006-2007. C'est l'occasion pour nous de combler certaines lacunes que nous avons observées au fil des ans et de prendre des dispositions pour ne pas commettre les mêmes erreurs. Je voudrais par conséquent demander au Directeur régional de veiller à ce que les plans biennaux soient mieux préparés en tenant compte des financements nécessaires à nos programmes prioritaires et des experts techniques requis pour assister nos ministères de la santé.

Monsieur le Président, avant de conclure, j'aimerais saisir cette occasion pour remercier les collègues de leur soutien au cours de ces 12 derniers mois, et pour féliciter le nouveau Président et lui souhaiter plein succès au cours de son mandat. Je voudrais également l'assurer de mon appui et de ma coopération de tous les instants.

Permettez-moi par ailleurs de remercier le gouvernement et le peuple du Mozambique pour l'accueil chaleureux qui nous a été réservé dans cette belle et attrayante ville de Maputo, et le Président de la République de nous avoir honoré de sa présence aujourd'hui.

Je voudrais enfin vous souhaiter à tous plein succès au cours de cette cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU DIRECTEUR RÉGIONAL, DR LUIS GOMES SAMBO,
À L'OUVERTURE DE LA CINQUANTE-CINQUIÈME SESSION
DU COMITE RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence, Monsieur le président de la République du Mozambique,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des États
Membres de la Région africaine,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Madame la Commissaire de l'Union Africaine pour les Affaires Sociales,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Distingués Invités et Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Bienvenue

C'est avec une certaine émotion que je prends la parole, à ce moment précis, pour m'adresser au Comité régional, pour la première fois, en tant que Directeur régional. Je voudrais, une fois de plus, exprimer ma gratitude à tous les États Membres de la Région africaine de l'OMS, pour la confiance placée en moi et pour l'opportunité qu'ils me donnent de servir l'Afrique à ce poste.

C'est également pour moi un privilège d'exprimer quelques vues sur les problèmes de santé les plus cruciaux qui se posent dans la Région, partager les stratégies pour y faire face, et surtout écouter et apprendre des leçons de vos expériences dans le processus complexe et permanent de promotion du développement sanitaire dans la Région africaine.

Excellences,
Distingués Collègues et Invités,

Permettez-moi de saluer tout particulièrement la présence, parmi nous, de Son Excellence M. Armando Guebuza, Président de la République du Mozambique, qui a bien voulu rehausser les présentes assises de sa présence. Monsieur le Président, je note avec plaisir votre engagement en faveur de l'amélioration de la santé des populations du Mozambique, de même que votre grande vision du développement de l'Afrique. La politique sanitaire du Mozambique reflète clairement ces aspirations, et je voudrais, Monsieur le Président, vous donner l'assurance que le Bureau régional de l'Afrique n'épargnera aucun effort pour améliorer sa performance, afin de contribuer, qualitativement et avec toute la

diligence voulue, à l'amélioration de la santé au Mozambique, ainsi que sur l'ensemble du continent africain.

Permettez-moi également de saisir la présente occasion pour remercier Votre Excellence, ainsi que votre Gouvernement et le sympathique peuple du Mozambique, pour avoir accepté d'abriter la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Je me permets d'affirmer, au nom de l'OMS et des délégués prenant part aux présentes assises, que les préparatifs effectués par le Mozambique ont été excellents, et l'hospitalité mozambicaine exemplaire.

À cette occasion, je voudrais rendre hommage au Dr Jong-Wook Lee, Directeur général de l'OMS, pour l'attention spéciale qu'il accorde à la Région africaine. Je voudrais également adresser mes salutations aux Ministres de la Santé des États Membres. En particulier, je voudrais souhaiter la bienvenue aux nouveaux ministres de la santé qui se sont joints à nous depuis la dernière session du Comité régional.

Depuis ma prise de fonctions en tant que Directeur régional, en février de cette année, une de mes priorités a été d'améliorer la collaboration avec l'Union africaine. J'ai le grand plaisir d'annoncer que, depuis ma prise de fonctions, d'excellentes relations de travail ont été établies avec l'Union africaine, dans le cadre des efforts déployés pour réaliser nos objectifs de développement communs et mettre en œuvre des stratégies spécifiques en vue de faire face aux défis majeurs qui se posent dans le secteur de la santé dans la Région africaine. À cet égard, je souhaiterais signaler la présence parmi nous de Madame la Commissaire de l'Union africaine pour les Affaires sociales, qui, j'en suis convaincu, est porteuse d'un message de soutien aux changements profonds qui s'imposent dans nos systèmes de santé.

Mes salutations s'adressent aussi à nos partenaires au développement de la santé qui ont bien voulu nous honorer de leur présence.

Défis du secteur de la santé en Afrique

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

L'Afrique subsaharienne continue de supporter la plus lourde charge de morbidité dans le monde. Nous sommes tous conscients de la persistance de maladies telles que le **SIDA**, le **paludisme** et la **tuberculose**; des flambées épidémiques telles que les fièvres hémorragiques et le choléra; des insuffisances des mesures de **protection maternelle et infantile**; et de la

charge de plus en plus lourde des maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et la drépanocytose.

Les politiques sanitaires nationales des pays de la Région africaine reconnaissent que la santé est un droit pour tout citoyen et visent par conséquent à garantir un accès universel aux soins de santé essentiels. Ces politiques sont conformes à la Déclaration du Millénaire adoptée par les Nations Unies.

Néanmoins, les **systèmes de santé** sont confrontés à des problèmes de performance, essentiellement liés à la disponibilité et à la gestion des ressources humaines, financières et technologiques. Pour que les systèmes de santé puissent répondre aux besoins des populations et réaliser les objectifs visés dans le secteur de la santé en Afrique, il est nécessaire d'investir substantiellement dans le **renforcement des capacités**, en particulier en termes d'infrastructures et de capital humain. À cet égard, j'exhorte les ministres de la santé à renforcer leur **leadership**, dans le contexte des réformes macroéconomiques entreprises au niveau national. J'exhorte également les ministres de la santé à mieux tirer parti des mécanismes d'intégration économique régionale et des tendances de plus en plus positives de l'aide publique au développement (APD).

Dans la Région, les principaux indicateurs sanitaires sont d'un niveau extrêmement inquiétant et sont suffisamment explicites. Le profil sanitaire de l'Afrique subsaharienne constitue un reflet du contexte de développement socioéconomique, des modes de vie au sein de nos sociétés et du niveau de pauvreté des familles et des individus. Il est paradoxal que la situation sanitaire en Afrique se détériore au moment même où l'humanité est en train d'enregistrer des progrès techniques et scientifiques sans précédent dans le domaine de la médecine. Ce seul fait devrait nous amener à prendre pleinement connaissance de l'importance cruciale des déterminants de la santé qui vont bien au-delà du secteur de la santé et au nombre desquels, il y a lieu de citer la paix, la stabilité, le développement économique, l'éducation, l'emploi, le logement et l'eau potable qui doivent être accessibles à tous. Cependant, les conditions de pauvreté extrême dans lesquelles se trouvent la majorité des populations ne leur permettent pas d'avoir accès aux soins de santé essentiels ni de mener une vie décente. D'où la nécessité de renforcer la participation du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté.

Permettez-moi maintenant de consacrer un peu de temps à un problème de santé publique qui constitue une source de grave préoccupation. Je veux parler de **l'incidence croissante de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine – le VIH – dans la Région africaine où l'on a enregistré quelque 3,2 millions de nouvelles infections au cours de la seule année 2003.**

Le SIDA est la cause de très nombreux décès en Afrique subsaharienne. Au cours de la seule année 2003, la pandémie a entraîné la mort de près de 2,3 millions de personnes. Le SIDA contribue à réduire l'espérance de vie à la naissance, estimée actuellement à 47 ans en moyenne. Il affecte le groupe d'âge le plus productif au sein de la population, en plus de compromettre la croissance économique et la stabilité sociale.

En général, le nombre de nouvelles infections à VIH ne cesse d'augmenter, chaque année, en particulier chez les jeunes et surtout les jeunes filles. Nous savons tous qu'il n'existe pas encore un traitement curatif du SIDA. Il convient certes de se féliciter de l'augmentation de la couverture par les antirétroviraux, mais il n'en demeure pas moins que leur accès, pour tous ceux qui en ont besoin, est encore limité.

Le message que je voudrais envoyer est que la situation du SIDA dans nos pays est très grave. La tendance générale actuelle est que la pandémie ne cesse de se propager. Face au SIDA, il faut une riposte exceptionnelle et multidimensionnelle. C'est la raison pour laquelle nous nous félicitons des divers partenariats et initiatives en cours qui visent à prévenir et à lutter contre ce fléau. En conséquence, je lance un appel aux États Membres, aux populations et aux partenaires au développement sanitaire pour qu'ils redoublent d'efforts dans le domaine de la prévention. À cet égard, je voudrais vous faire part ici de mon intention de proposer à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique que l'année 2006 soit spécialement consacrée à l'accélération de la prévention du SIDA. Nous devons déclarer et faire une guerre sans merci au VIH, sur tous les fronts !

L'écart ne cesse de s'élargir entre les ressources dont l'Afrique a besoin pour prévenir et lutter contre le SIDA et celles qui sont effectivement disponibles. Il nous faut d'urgence des ressources financières et humaines additionnelles, en particulier des ressources accrues pour une forte mobilisation sociale et une **participation directe des communautés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies**. Afin d'actualiser et de mettre en œuvre la stratégie de prévention du SIDA, nous travaillerons en étroite collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNICEF et les autres partenaires, pour soutenir les gouvernements.

Opportunités

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

En dépit de tous les défis susmentionnés, l'environnement actuel, caractérisé par le changement, nous offre de très bonnes opportunités pour relever les défis en question.

En premier lieu, les dirigeants du monde et les dirigeants et gouvernements africains sont de plus en plus sensibilisés aux problèmes de santé et en tiennent compte dans leurs efforts et plans de développement, comme en témoignent du reste les objectifs convenus par la communauté internationale en matière de développement sanitaire, y compris les objectifs concernant la santé qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire adoptée par les Nations Unies; les décisions sur la santé adoptées par les divers sommets des Chefs d'État de l'Union africaine; et la composante santé du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

En deuxième lieu, les technologies et méthodes nécessaires pour prendre en charge les problèmes de santé les plus graves sont disponibles, même si elles ne sont pas nécessairement accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Nous reconnaissons que ces moyens sont onéreux, mais ils pourront être à notre portée grâce à une gestion plus efficace des ressources et à une plus grande solidarité internationale.

En troisième lieu, l'environnement mondial de changement et les bonnes intentions exprimées, sans être des garanties, offrent cependant des opportunités pour la réforme des systèmes de santé aux niveaux national et international. Nous ne devons pas nous contenter de déplorer le manque de ressources, sans nous efforcer de tout mettre en œuvre pour bien gérer les maigres ressources disponibles.

La voie à suivre

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

La situation actuelle requiert un changement, et nous devons faire preuve d'ambition en ce moment décisif. En d'autres termes, nous devons nous organiser en tenant compte de nos besoins. Nous devons explorer de nouvelles pistes; dégager des nouveaux consensus; conclure et renforcer les alliances nous permettant de relever plus efficacement les défis du secteur de la santé; mieux coordonner notre appui aux systèmes de santé nationaux, en renforçant les capacités opérationnelles des ministères de la santé pour leur permettre de mieux répondre aux attentes des populations. Il nous faut absolument mener une action collective, si nous voulons améliorer notre efficacité et notre efficience. Un des objectifs stratégiques majeurs sera de veiller à ce que les ministères de la santé et les services de santé nationaux soient suffisamment stables et solides pour relever les nombreux défis qui se posent dans le secteur de la santé.

Dans le cadre de ses efforts pour réaliser les objectifs convenus par la communauté internationale en matière de développement sanitaire, y compris les objectifs énoncés dans la Déclaration du Millénaire adoptée par les Nations Unies, la Région africaine de l’OMS mettra en œuvre une stratégie axée sur les cinq priorités suivantes :

- renforcer les bureaux de représentation de l’OMS par la réforme des structures et la promotion d’une nouvelle culture au sein du Bureau régional, afin de rendre l’OMS plus utile aux États Membres;
- améliorer et élargir les partenariats pour la santé;
- appuyer la planification et la gestion des systèmes de santé de district;
- promouvoir et intensifier les interventions sanitaires essentielles visant à faire face aux problèmes de santé prioritaires;
- accroître la sensibilisation et renforcer la riposte aux principaux déterminants de l’état de santé.

Excellences,
Distingués Délégués et Invités,

En conclusion, je voudrais réitérer mon optimisme, en dépit des nombreux défis qui se posent dans le secteur de la santé en Afrique. Je demeure convaincu que grâce à un dialogue plus soutenu, à la libération des énergies des différents acteurs, à la concentration des efforts sur un nombre limité de priorités et à une disponibilité accrue des ressources, nous ne manquerons pas d’avancer de plus en plus vers la réalisation de nos objectifs dans le secteur de la santé.

Je vous remercie de votre aimable attention.

**ALLOCUTION DU DR JONG-WOOK LEE, DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Excellences,

Monsieur Armando Guebuza, Président de la République du Mozambique,

Monsieur Alpha Oumar Konare, Président de la Commission de l'Union africaine,

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs les Représentants,

Chers collègues,

C'est un accueil vraiment spectaculaire que vous nous avez réservé, et je vous en remercie. L'Afrique est au cœur des discussions qui se déroulent actuellement au niveau mondial quant à l'avenir de notre planète. Elle suscite chez nous tous les plus vives préoccupations en même temps que certaines des plus grandes espérances. La vie des gens dépend de vous – vous qui prenez les décisions. Cette réunion – et tout le cérémonial qui l'accompagne – peut sembler fort éloignée de la dure réalité qu'imposent à des millions de gens en Afrique la pauvreté et les maladies. En fait, elle ne l'est pas. Dans toutes nos discussions cette semaine, nous devons garder présent à l'esprit le sort des pauvres et des malades.

L'OMS a alloué à l'Afrique près de 30 % de tous les fonds de toutes sources dont nous disposons pour la prochaine période biennale : c'est la plus forte proportion du budget de l'OMS. Pour utiliser ces ressources de façon efficace afin de parvenir aux résultats requis, il faudra rationaliser. Il faudra aussi renforcer la gestion, la transparence et l'obligation de rendre compte.

Le Mozambique offre aujourd'hui à cet égard un excellent exemple. Selon un dicton, «il n'y a pas de bons marins sans tempête». Or, le gouvernement mozambicain a fait la preuve de ses capacités de navigateur. Après 16 années de guerre destructrice, il a retrouvé la paix en 1992. Il est parvenu à assurer la reconstruction nationale grâce à une bonne gouvernance, à une plus grande transparence et à un accroissement de la coopération. L'appui des donateurs bilatéraux a suivi. La santé du pays en a bénéficié et l'on enregistre en ce moment de nets progrès en vue de la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement. Le recul rapide de la mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans, particulièrement en milieu rural, conjugué à l'amélioration de la couverture de la vaccination

antirougeoleuse et à une diminution remarquable de la mortalité maternelle entre 1997 et 2003 attestent d'une bien meilleure survie pour les femmes et les enfants. Il reste cependant beaucoup à faire en matière de lutte antipaludique, et la prévalence du VIH continue d'augmenter.

Ce sont ces capacités de navigation qui seront nécessaires sur tout le continent dans les années à venir. Selon notre vision commune pour la prochaine décennie, la santé est indéniablement influencée par toute une gamme de facteurs non médicaux comme la pauvreté, le dénuement et l'ignorance. Des questions d'ordre social, environnemental, économique et politique jouent un rôle dans les résultats obtenus en santé. Leurs conséquences sont évidentes lorsqu'on songe à l'accumulation de la charge des maladies chroniques et au tribut que continuent de prélever en vies humaines des maladies infectieuses comme le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme.

Nous tous ici présents avons pour responsabilité de veiller à ce que les gens ne meurent plus de ces maladies. Mais la question de la répartition des responsabilités en vue de la réduction ou de la disparition des causes de ces maladies est complexe. Votre débat sur le projet de programme général de travail va jouer à cet égard un rôle important.

Il y a deux ans, j'ai dit devant le Comité régional que la mise sous traitement antirétroviral de trois millions de personnes d'ici fin 2005 était la première étape sur la voie de l'accès universel. Beaucoup jugeaient cette initiative trop ambitieuse. C'est entendu. Nous devions fixer des cibles dynamiques, mais cela représentait beaucoup de travail en peu de temps et il est évident qu'il faudra un peu plus longtemps que ce qui était prévu à l'origine pour soigner ces trois millions de personnes.

Vous avez beaucoup fait en peu de temps. Près de 1,5 million de personnes seront sous traitement antirétroviral d'ici fin 2005 (pour la plupart en Afrique subsaharienne). Compte tenu de ces progrès, on reconnaît dans le monde entier que l'accès universel est un impératif moral et social tout autant qu'une nécessité pratique. L'engagement pris par les États Membres de développer l'accès au traitement est désormais une dynamique où l'on ne saurait revenir en arrière. L'élan que vous avez donné a inévitablement conduit les pays du G8 à fixer récemment un objectif plus ambitieux encore – à savoir se rapprocher le plus possible de l'accès universel au traitement pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010. Vous avez contribué à rendre la chose possible. On reconnaît aujourd'hui que l'accès de tous aux soins de santé dont ils ont besoin est non seulement une nécessité absolue mais aussi tout à fait possible.

Dans l'ensemble, les prix des antirétroviraux diminuent à mesure que de nouveaux produits sont disponibles et que le marché se développe. L'OMS assure déjà la préqualification de 63 antirétroviraux, dont 29 sont des formulations génériques. L'accord de confidentialité récemment passé entre l'OMS et la *Food and Drug Administration* des États-Unis d'Amérique viendra apporter un appui plus soutenu au programme de préqualification, en accélérant la mise sur le marché d'antirétroviraux moins coûteux.

Le traitement étant plus largement disponible, les gens sont plus nombreux à demander un test de dépistage. Dans un district d'Ouganda, l'introduction de la thérapie antirétrovirale a permis de multiplier par 27 la demande de test de dépistage et de conseil. C'est là une étape vitale. En Afrique, moins de 5 % des gens qui vivent avec le VIH/SIDA connaissent leur statut sérologique. Il faut développer l'offre de services de dépistage et de conseil. Traitement et prévention vont de pair puisque chacun de ces volets renforce la capacité de l'autre à sauver des vies.

Malgré tout, la demande dépasse ce que les individus ou les systèmes peuvent offrir. Au moins quatre millions de personnes ne serait-ce qu'en Afrique subsaharienne ont besoin de ce traitement. Le nombre d'individus sous traitement est en augmentation. Au cours des 12 derniers mois, le nombre d'Africains qui reçoivent des médicaments susceptibles de leur sauver la vie a triplé mais il faut aller beaucoup plus loin. Il faut de toute urgence former des agents de santé et éliminer les goulets d'étranglement.

Mais c'est une lutte contre la montre. L'espérance de vie recule en Afrique subsaharienne. Au Botswana, par exemple, elle est actuellement de 36,4 ans mais, d'après les prévisions, elle devrait encore reculer pour atteindre 34,4 ans d'ici 2010. Au Swaziland, elle va tomber à 30,6 ans au cours des cinq prochaines années. Ce sont là des catastrophes qui se profilent à l'horizon. Il nous faut inverser cette tendance en parvenant à faire reculer la mortalité due au VIH/SIDA.

L'accès universel est d'autre part un élément déterminant de la lutte antituberculeuse. Après la proclamation du caractère d'urgence mondiale du problème en 1993, la thérapie DOTS a connu un développement rapide dans le monde entier, et l'incidence de la tuberculose est soit en recul soit stable dans la plupart des régions du monde. Il n'y a qu'en Afrique que le taux s'accroît rapidement, d'où une augmentation globale nette d'environ 1 % par an. En Afrique, l'incidence est passée à 345 cas pour 100 000 habitants en 2003 et la mortalité est de loin la plus élevée au monde. La tuberculose est un énorme problème de santé publique tant pour l'Afrique que pour le monde. L'épidémie de VIH ne fait qu'accélérer la transmission et le développement de la résistance. Les activités de lutte contre ces deux maladies doivent donc être coordonnées de très près. Environ 35 % des individus atteints de

tuberculose sont également infectés par le VIH en Afrique, alors que le pourcentage est de 8 % pour l'ensemble du monde. Or, il existe des traitements efficaces contre les deux maladies. La tuberculose se guérit. Les principaux facteurs qui font obstacle à l'application de ces traitements et à la prévention de décès évitables sont les mêmes : les systèmes de santé ne sont pas encore assez solides, et il n'y a pas assez d'agents de santé qualifiés.

Tout au long des années sur lesquelles a porté l'effort d'éradication de la poliomyélite, nous avons tous ensemble progressé vers la couverture quasi-universelle de la vaccination dans les pays où la maladie est endémique. Cependant, la réintroduction du virus dans plusieurs pays auparavant indemnes de poliomyélite a également démontré qu'on pouvait facilement perdre des acquis fragiles en matière de santé.

Ce n'est que lorsque tous les enfants auront été vaccinés que la transmission du poliovirus s'interrompra. L'an dernier, l'Union africaine a réagi aux flambées par des campagnes antipoliomyélitiques synchronisées dans 24 pays, ce qui a permis d'atteindre à peu près 100 millions d'enfants. C'est la plus vaste opération internationalement coordonnée entreprise en temps de paix. Grâce à votre appui, des présidents et des premiers ministres ont participé au lancement de cette action et renouvelé l'engagement d'éliminer la poliomyélite en Afrique. C'est ce qui explique que, cette année, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale aient enregistré le plus faible niveau de cas de ces dernières années.

Il nous faut développer les campagnes de vaccination antipoliomyélitique dans la Corne de l'Afrique et au Nigéria, où de très nombreux enfants passent encore à travers les mailles du filet. Vaccination et couverture totale, couplées à la surveillance, sont une urgente nécessité pour tous les pays. Le matériel, les fournitures et les agents de santé utilisés dans ce but apportent une contribution décisive à l'ensemble de l'infrastructure de santé, particulièrement pour la protection contre les maladies de l'enfant.

«Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant», tel était le thème de la Journée mondiale de la Santé cette année. Là aussi, il faut surmonter les problèmes d'accès d'ordre financier et mettre en place des effectifs suffisants.

Pour concrétiser un peu les choses, prenons le cas d'une jeune éthiopienne de 17 ans qui attend un enfant. Elle s'appelle Hiwot. Elle figure avec sa petite fille Elizabeth dans le dossier photographique sur six pays qui a accompagné le lancement cette année du *Rapport sur la santé dans le monde*. On peut aussi trouver leur photo sur le site web de l'OMS sous la rubrique «Great Expectations». C'était la première grossesse d'Hiwot. Elle était encore écolière et habitait avec sa mère et sa sœur. Quand elle a su qu'elle était enceinte, elle s'est rendue au dispensaire prénatal le plus proche, à une demi-heure de marche. Elle a de la chance : seule

une Éthiopienne sur quatre bénéficie d'une consultation prénatale. Elizabeth est née sans problèmes, avec l'aide du Dr Asfau, et pesait 3,3 kilos. Heureusement, il n'y a pas eu de complications car l'hôpital ne possédait pas d'installations spéciales et n'offrait que des services limités. Il n'y avait pas d'eau courante, seulement un seau. Dans le pays d'Hiwot, 9,7 % seulement des accouchements ont lieu en présence d'une personne qualifiée et une femme sur 14 meurt des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. La petite Elizabeth, nourrie au sein, a passé le cap du septième jour. Mais 38 bébés sur 1000 meurent durant leur première semaine de vie. Elle a commencé à recevoir les vaccinations dont elle a besoin pour être protégée. Or, un petit éthiopien sur cinq meurt avant l'âge d'un an d'une maladie évitable comme la pneumopathie, la diarrhée ou le paludisme.

Tels sont les chiffres sur lesquels nous devons agir. Mais ce ne sont pas seulement des chiffres : ce sont des vies humaines. Toutes les Elizabeth et les Hiwot du monde doivent avoir la meilleure chance d'être en bonne santé, sans aucune différence.

En ce qui concerne le paludisme, la Déclaration d'Abuja a fixé 2005 comme date butoir pour une couverture de 60 % des principales interventions curatives et préventives. Peu de pays atteindront cette cible cette année. Le problème d'offre concernant le traitement à base d'artémisinine explique en partie ce retard. En Afrique de l'Est, la culture à grande échelle d'*Artemisia annua* permettrait d'assurer un approvisionnement fiable et suffisant. Nous recherchons d'autre part des moyens de mettre des moustiquaires durablement imprégnées d'insecticide à la disposition de 80 % des jeunes enfants et des femmes enceintes avant 2010. D'une façon générale, la fabrication locale de ces produits et de médicaments essentiels comme les antirétroviraux et les antipaludiques permettent aux pays de progresser sur la voie de l'autosuffisance et d'une meilleure capacité nationale. La production nationale aide à renforcer les systèmes de réglementation et réduire la dépendance à l'égard des financements extérieurs.

Malgré les progrès réalisés en ce qui concerne l'accès et la couverture, il reste des défis de taille à relever au niveau des systèmes de santé. Derrière chaque domaine de vulnérabilité des systèmes de santé aux niveaux national et mondial se cache une pénurie d'agents de santé. Faute d'effectifs suffisants de personnel qualifié, les systèmes de soins de santé ne peuvent fonctionner convenablement. Des programmes vitaux ne peuvent être mis en œuvre. Le traitement quotidien de la tuberculose sous observation directe ne peut tout simplement pas être appliqué si le seul agent de santé disponible se trouve à 40 kilomètres. Le bilan annuel du programme Halte à la tuberculose a montré que 10 des 22 pays où la maladie fait peser une lourde charge signalaient un grave manque de personnel au niveau central et que sept autres s'efforçaient d'affecter du personnel à la périphérie. Une étude faite par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination en 2003 a révélé que la gestion et les ressources

humaines étaient un problème important dans 40 pays habilités à recevoir des fonds pour les vaccins et que, dans 18 pays, c'était le premier obstacle au développement de la vaccination. Des bilans de la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ont souligné que les problèmes de ressources humaines étaient particulièrement graves pour les systèmes de santé. Il faut investir massivement pour développer et fidéliser les effectifs de personnels dans l'ensemble de l'Afrique afin d'atteindre la cible préconisée d'un million d'agents supplémentaires d'ici 2010.

L'an prochain va être présenté le rapport sur la santé dans le monde tournant autour de la crise des ressources humaines. Grâce à vos efforts, les problèmes des migrations des personnels ont été portés à l'attention du monde entier. Les deux résolutions récemment adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé sur les migrations internationales des personnels de santé ont été parrainées à l'origine par les pays africains. Il faut maintenant les faire appliquer.

L'adoption du Règlement sanitaire international par l'Assemblée mondiale de la Santé a marqué cette année une étape historique. La grippe pandémique a été une préoccupation dominante tout au long des négociations, et cette menace a continué de croître. La fièvre de Marburg, qui a fait en Angola un nombre élevé de victimes, semble maintenant maîtrisée mais cette épidémie nous a rappelé de façon particulièrement cruelle les dangers qui nous guettent. Elle a également apporté la preuve qu'une action coordonnée, rapide et efficace permet de venir plus rapidement à bout de ce genre de situation.

À l'heure actuelle, le besoin de mesures de sécurité contre les poussées de grippe pandémique est particulièrement aigu en Asie et dans le Pacifique mais aucun pays ne peut se permettre d'ignorer ce risque. Une telle pandémie pourrait affecter tous les pays de la même manière en l'espace de quelques jours. La grippe aviaire ne fait pas partie des points officiellement inscrits à l'ordre du jour de cette session du Comité régional mais les populations africaines sont tout aussi vulnérables à l'infection que les autres. Tout devrait être mis en œuvre pour que soient mis en place les mécanismes nécessaires aux opérations de dépistage, d'alerte, de riposte et de communication de l'information, tant dans les pays qu'entre eux.

Si la lutte contre les maladies infectieuses représente pour nous de nombreux défis, nous ne pouvons non plus ignorer le fardeau de plus en plus lourd des maladies chroniques en Afrique. D'après les projections, le total des décès imputables à des maladies non transmissibles en Afrique devrait augmenter de 27 % au cours des 10 prochaines années. Surtout, la mortalité liée au diabète sucré devrait croître de 42 % d'ici à 2015. Les maladies cardiovasculaires sont maintenant la première cause de mortalité partout dans le monde et,

en 2015, elles seront encore la cause principale de décès par maladies chroniques, représentant 46 % de tous les décès liés à cette cause en Afrique. Je me félicite de l'attention que le Comité régional porte à ce problème important et je vous engage vivement à prendre sans attendre des mesures préventives. Le rapport mondial sur la prévention des maladies chroniques qui sortira en octobre souligne à quel point il est crucial d'agir dès maintenant, dans tous les pays en développement, pour freiner l'augmentation de l'incidence du cancer, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires chroniques et du diabète, entre autres. Je remercie ceux d'entre vous dont les pays sont devenus parties à la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac et j'exhorte les autres à leur emboîter le pas. C'est là une excellente illustration de la façon dont la coopération internationale peut venir appuyer les efforts fournis par les pays pour s'attaquer à la racine aux causes du cancer et des maladies de cœur.

Partout, l'on s'accorde à reconnaître que la lenteur des progrès de la lutte contre la pauvreté et la mauvaise santé constitue un grave danger pour la sécurité et le développement. Pourtant, l'absence de réaction de la communauté internationale aux appels répétés des gouvernements et de l'Organisation des Nations Unies pour que soit accordée une aide aux pays du Sahel (*Mali, Mauritanie, Niger*) est en contraste frappant avec les engagements pris pour le Millénaire. L'OMS est intervenue à temps au Niger : grâce à l'excellente coopération qui s'est instaurée entre le Ministère de la Santé, l'OMS et les autres partenaires de l'aide humanitaire, les opérations de secours ont réellement pu démarrer.

Permettez-moi d'évoquer à nouveau un exemple particulier. Au Niger, Aminatou Iyaye a un champ de pois chiche où rien ne pousse. L'année dernière, les criquets ont tout ravagé. Les gens de son village ne mangent qu'une fois par jour, quand ils ont de la chance. Leur alimentation consiste en farine de maïs mélangée à de l'eau et à un peu de sucre. L'eau, non traitée, provient d'un puits ouvert. Il y a une menace de choléra. Oumana, sa fille, est dans un état critique. Agée de 4 mois, elle souffre de malnutrition sévère et pèse moins de 2 kilos, la moitié de ce que pesait Elizabeth, d'Éthiopie, à une semaine. On estime à environ 32 000 le nombre des enfants qui, comme Oumana, souffrent de malnutrition sévère au Niger. Avec des responsables du Ministère de la Santé, des experts ont travaillé pour protéger la population contre les risques de crises nutritionnelles et de poussées de maladies infectieuses, organisant des programmes de vaccination d'urgence et formant des volontaires pour aider au dépistage et à l'acheminement des enfants vers les services appropriés. Tout cela est très positif. Les habitants du village d'Aminatou ont repris espoir.

Malgré tout, ce qui me préoccupe, c'est que les cris d'alarme lancés par le Gouvernement nigérien et nos bureaux l'année dernière n'ont pas été entendus avant que la situation ne prenne un tour dramatique. Ce n'est pas en gérant des crises mais par un travail régulier en

vue du renforcement des systèmes et des ressources de base dans les pays que nous serons en mesure d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et de remplir le programme que nous nous sommes fixés à l'échelon mondial.

Les perspectives de progrès sont bonnes. Les principaux problèmes à surmonter sont répertoriés, reconnus et pris à bras le corps. Les mesures prises en vue d'un allègement de la dette et d'un accroissement de l'aide au développement commencent à offrir de réelles possibilités de redressement et apportent des forces nouvelles en Afrique. Une augmentation des investissements dans l'action de santé, combinée à une saine gestion des affaires publiques et à une exploitation avisée des ressources extérieures et intérieures, pourra nous apporter les bénéfices dont nous avons un besoin urgent. Les décisions que vous prendrez cette semaine pourront accélérer ces tendances positives et permettre à tous ceux qui comptent sur votre aide de bénéficier de secours vitaux.

Ce que vous parviendrez à faire sur ce continent aura un effet sur le reste du monde. Je nous souhaite à tous que les discussions importantes de cette semaine soient couronnées de succès. Sachons en tirer profit pour conjuguer nos forces et saisir les occasions qui s'offrent maintenant à nous d'apporter une force nouvelle et la santé aux peuples de l'Afrique.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE M. ALPHA OUMAR KONARÉ,
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE, LUE EN SON NOM PAR
MAÎTRE BIENCE GAWANAS,
COMMISSAIRE AUX AFFAIRES SOCIALES, À LA CINQUANTE-CINQUIÈME
SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence, M. Armando Guebuza, Président de la République du Mozambique,
Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS,
Dr Luis Sambo, Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Honorables Invités,
Mesdames et Messieurs les Représentants de la Société civile,
Mesdames et Messieurs les Membres de la Presse,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur de m'adresser à vous, au nom de Son Excellence M. Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine, qui n'a pas pu se joindre à vous. Il m'a chargée de vous transmettre ses salutations et ses meilleurs vœux de succès dans vos travaux.

C'est un très grand plaisir pour moi de me joindre aux distingués délégués ici à Maputo, au Mozambique, à l'occasion de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. D'emblée, je voudrais adresser mes remerciements à Son Excellence M. Armando Guebuza et au peuple mozambicain pour l'hospitalité accordée à nos délégations depuis notre arrivée dans cette belle cité de Maputo.

Qu'il me soit également permis de remercier le Gouvernement du Mozambique pour avoir accepté d'abriter ces importantes assises, et de féliciter le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS, et le Directeur régional de l'OMS/AFRO, Dr Luis Sambo, pour l'excellent travail qu'ils sont en train de faire pour améliorer la situation sanitaire du continent. Bien entendu, l'OMS est un partenaire de longue date de la Commission de l'Union africaine.

Nos relations remontent en effet à 1969, année au cours de laquelle l'OMS est devenue la première institution des Nations Unies à signer un accord de coopération avec ce qui était, à l'époque, l'Organisation de l'Unité africaine, le prédécesseur et précurseur de l'actuelle Union africaine. Depuis lors, nos relations ne cessent de se renforcer. Par la suite, d'autres institutions des Nations Unies ont emboîté le pas à l'OMS.

Je m'empresse du reste d'affirmer que la présente session intervient à un moment on ne peut plus propice, étant donné que c'est le mois prochain que se tiendra le Sommet des Nations Unies chargé d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. À titre de contribution à ce processus d'examen, la Commission de l'Union africaine, à la demande des Chefs d'État et de Gouvernement, a préparé une position africaine commune. Il ressort des premières indications que l'Afrique doit encore déployer des efforts soutenus pour réaliser effectivement les objectifs du Millénaire pour le développement.

La Commission de l'Union africaine reconnaît qu'une population en bonne santé constitue un atout pour tout pays. C'est la raison pour laquelle les dirigeants de l'Union africaine se sont engagés à œuvrer à l'amélioration de la situation sanitaire préoccupante prévalant en Afrique, comme en témoignent les diverses déclarations et résolutions adoptées par les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine, dont les plus importantes sont notamment la Déclaration d'Abuja de 2000 sur l'Initiative **Faire reculer le paludisme en Afrique**, la Déclaration d'Abuja de 2001 sur le **VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes**, et la Déclaration de Maputo de 2003 sur le **Paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses**.

En dépit de cet engagement politique, l'état de santé des populations africaines est encore très précaire à tous égards. Le principal déterminant de la mauvaise santé en Afrique est l'état de nos systèmes de santé. Il existe cependant d'autres causes qui ne dépendent pas des systèmes de santé et au nombre desquelles il y a lieu de citer **la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité institutionnelle et l'état de l'infrastructure de base**.

La Commission de l'Union africaine se propose donc d'intensifier ses efforts de promotion de la bonne gouvernance et de prévention des conflits. Elle procèdera également à identifier les voies et moyens permettant de renforcer les systèmes de santé dans les pays en conflit et sortant d'un conflit, bien entendu avec l'appui de partenaires tels que l'OMS.

Le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes continuent malheureusement de sévir sur le continent. L'accès aux médicaments est la condition du succès de la lutte contre ces maladies en Afrique. C'est la raison pour laquelle la

Conférence de l'Union africaine tenue en janvier 2005 a adopté une décision sur la promotion de la production de médicaments génériques sur le continent, afin d'en garantir l'accès sur une base durable. J'ai le plaisir d'informer cette auguste assemblée que la Commission de l'Union africaine, conformément à cette décision, travaille en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour établir la carte des capacités de production pharmaceutique en Afrique, l'objectif ultime étant l'élaboration d'un plan de fabrication de produits pharmaceutiques sur place en Afrique.

Je voudrais du reste appeler votre haute attention sur le fait que la stabilisation apparente du VIH/SIDA dans certains pays africains s'explique principalement et malheureusement par l'augmentation de la mortalité chez les groupes à haut risque, et non par une réduction véritable et rapide de l'incidence de la pandémie. Il s'agit là d'une situation déplorable qui interpelle tous les dirigeants politiques et religieux pour qu'ils déploient des efforts soutenus et concertés en vue d'inverser cette tendance. En conséquence, je souscris à l'initiative du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique visant à proclamer 2006 «Année de l'accélération de la prévention de la transmission du VIH en Afrique».

À ce niveau, qu'il me soit permis de réitérer que c'est ici en Afrique que sera gagnée ou perdue la bataille contre le VIH/SIDA. Il est donc impérieux que les ressources destinées à la lutte contre le VIH/SIDA, d'où qu'elles viennent, prennent la direction de l'Afrique.

Pour ce qui est de la violence et de la santé, les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine ont adopté une décision entérinant les recommandations du Rapport sur la violence et la santé de 2003 et demandant aux États Membres d'élaborer des plans d'action nationaux pour la prévention de la violence et la mise en place de systèmes de collecte de données sur la violence. La décision de l'Union africaine invitait également les États Membres à proclamer 2005 «Année africaine de prévention de la violence». L'OMS et d'autres partenaires apportent un appui aux États Membres dans la mise en œuvre de cette décision. Pour sa part, la Commission de l'Union africaine, en collaboration avec l'OMS, exécute actuellement un projet sur la prévention de la violence. L'importance d'un tel projet s'explique par le fait que la violence est une des causes des conflits et est à l'origine d'autres maux qui minent actuellement le continent.

S'agissant des épidémies de maladies émergentes et réémergentes, des flambées ont été signalées, en particulier la fièvre de Marburg en Angola, et la fièvre à virus *Ebola* en République démocratique du Congo. La prévention et la maîtrise de telles épidémies nécessitent des systèmes efficaces de préparation aux urgences et d'organisation des secours, de même que la stricte application du Règlement sanitaire international. De nombreux défis se posent à cet égard. Ces défis sont compliqués par l'absence de systèmes de surveillance et

l'inexistence de vaccins efficaces contre les virus concernés. De nouvelles maladies infectieuses continuent d'émerger en Afrique. À ce sujet, je voudrais exprimer ma gratitude à l'OMS pour son appui à l'Union africaine chaque fois que le continent est confrontée à une telle urgence. Le succès des efforts visant à maîtriser les maladies émergentes et réémergentes dans les pays en développement dépend de la qualité, de l'équité et de l'efficacité des systèmes de santé, et je n'ai pas besoin de revenir sur l'état des systèmes de santé en Afrique.

En ce qui concerne l'éradication de la polio, des interventions efficaces sont en cours pour enrayer la transmission grâce à la vaccination de tous les enfants des États Membres touchés par la flambée de poliomyélite. Des progrès notables ont été accomplis vers l'éradication de cette maladie. Toutefois, l'Afrique doit encore intensifier les efforts de prévention de nouvelles transmissions du poliovirus, en particulier dans les pays touchés par des conflits ou confrontés à d'autres urgences. À ce niveau, il convient de faire observer que conformément à l'Initiative mondiale d'éradication de la polio, la résurgence de cette maladie dans certains pays africains est imputable à la désinformation et à d'autres défis. Il est donc clair que pour réussir à éradiquer la polio, nous devons poursuivre les campagnes de plaidoyer, d'éducation et de vaccination en tout lieu et en tout temps.

Excellences, Mesdames et Messieurs, je voudrais saisir cette occasion pour féliciter tous les Chefs d'État des pays qui ont participé à la première phase de la campagne de vaccination synchronisée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.

Le rôle de la médecine traditionnelle en Afrique est trop important pour être ignoré. La Commission de l'Union africaine est en train de mettre en œuvre la Décennie africaine pour la Médecine traditionnelle (2001–2010) et d'évaluer l'Initiative de Bamako sur les Médicaments essentiels. Ces actions sont conformes à la décision de la Conférence de l'Union d'identifier des centres d'excellence en Afrique en vue de la production des médicaments génériques, en particulier les médicaments génériques contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Vous conviendrez avec moi que la protection maternelle et infantile en Afrique ne s'est pas améliorée au cours de la décennie écoulée. Le risque que les femmes décèdent ou soient touchées par des incapacités pendant la grossesse ou lors de l'accouchement en Afrique demeure indûment élevé. C'est dire que pour de nombreuses femmes d'Afrique, la grossesse constitue encore un voyage d'où l'on ne revient jamais. Or, tel ne devrait plus être le cas. Nous devons chercher à éviter cela. À cette fin, la Commission de l'Union africaine travaille en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires pour établir une feuille de route destinée à accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales en Afrique, et pour élaborer un plan d'action complet sur la santé génésique en Afrique, en

tant que ligne d'action prioritaire de la Commission de l'Union africaine en 2005. S'agissant de l'accès aux services de santé génésique, la Commission de l'Union africaine se félicite de l'Initiative du FNUAP sur la sécurité des services de santé génésique.

Pour ce qui est du financement de la santé, il convient de rappeler que les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine se sont engagés, par la Déclaration d'Abuja, à allouer 15 % du budget national au secteur de la santé. Il ressort de l'évaluation du respect de cet engagement que quatre pays allouent moins de 5 % de leur budget, 25 pays entre 5 et 10 %, et 13 pays entre 11 et 14 %. Je voudrais donc exhorter les États Membres de l'Union africaine à tout mettre en œuvre pour augmenter les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé, et ce dans le cadre du processus global de renforcement de leurs systèmes de santé.

Avant de conclure, je voudrais confirmer aux Ministres ici présents que la deuxième Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine sera accueillie par le Gouvernement du Botswana et se tiendra à Gaborone du 10 au 14 octobre 2005 sur le thème suivant : «**Accès durable aux médicaments et aux soins en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement**». Au nombre des principaux points qui seront examinés, il y a lieu de citer l'Initiative de Bamako sur les médicaments essentiels, la médecine traditionnelle, les accords ADPIC de l'OMC et l'accès aux médicaments, la production locale de médicaments en Afrique, le renforcement des systèmes de santé et la recherche en santé. J'espère vous retrouver tous à Gaborone.

Enfin, j'aimerais réitérer la disponibilité de l'Union africaine et de sa Commission à continuer de conjuguer ses efforts avec l'OMS pour relever les défis auxquels le continent africain est confronté dans le secteur de la santé.

Je vous remercie.

ANNEXE 13

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DU MOZAMBIQUE

Excellence, Dr Saleh Meky, Ministre de la Santé de l'Érythrée et Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional,

Excellence, Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,

Excellence, Maître Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine,

Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé,

Dr Paulo Ivo Garrido, Ministre de la Santé du Mozambique,

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,

Honorables Délégués,

Distingués Invités,

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi, tout d'abord, de souhaiter la bienvenue à tous les délégués à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, dans la belle capitale mozambicaine, cité des acacias et des jacarandas, située dans la baie de même nom, Maputo. Je tiens à exprimer notre satisfaction et notre fierté pour le choix du Mozambique comme pays hôte de ces importantes assises qui débattront de diverses questions relatives à la lutte contre les maladies et à l'amélioration de l'état de santé de nos citoyens.

Qu'il me soit permis de saisir cette occasion pour saluer la présence de hauts représentants des diverses régions du monde qui, en dépit de leurs calendriers chargés, sont venus prendre part à la session. Leur présence souligne l'importance de la recherche de solutions susceptibles de promouvoir le bien-être de nos populations et de nos pays. Je tiens également à saluer la présence de nos distingués responsables de la santé de toutes les provinces de notre pays, ainsi que les illustres représentants de la société civile mozambicaine.

Au Dr Luis Gomes Sambo, nous réitérons nos félicitations pour son élection au poste de Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. Nous sommes convaincus qu'à la tête de son équipe, il ne manquera pas d'intensifier les efforts visant à améliorer la situation sanitaire des populations de notre continent.

Notre souhait, Mesdames et Messieurs, est que pendant votre séjour dans cette belle ville, vous vous sentiez comme chez vous et appréciez les beaux paysages et les sites touristiques de notre pays. Par-dessus tout, notre souhait est que vous appréciiez l'hospitalité et la sympathie qui vous sont offertes, de même que le sourire de notre peuple hospitalier, le sourire étant après tout une ressource universelle. Notre souhait est également que vous appréciiez les arts et la culture du Mozambique, en particulier la cuisine mozambicaine.

Mesdames,
Messieurs,
Distingués Délégués,

La République du Mozambique est membre de l'Organisation mondiale de la Santé depuis le 11 septembre 1975, année au cours de laquelle notre pays a accédé à l'indépendance. En 1979, le Mozambique a accueilli, pour la première fois, la session annuelle du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, instance où sont prises des décisions importantes sur les meilleurs moyens d'élargir l'accès aux services de santé et d'améliorer la situation sanitaire dans la Région.

Aujourd'hui, le Mozambique a de nouveau l'insigne honneur d'accueillir, pour la deuxième fois, la session annuelle du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. La présente session revêt une importance particulière, au regard de la conjoncture qui prévaut aux niveaux national et international. Son ordre du jour souligne, d'un côté, l'importance de la lutte contre les maladies transmissibles qui déciment nos populations et, de l'autre côté, la nécessité d'améliorer la situation sanitaire dans nos pays.

Il convient de reconnaître que la Région africaine est celle où la prévalence des maladies transmissibles est la plus élevée et où l'on enregistre les plus forts taux de mortalité maternelle et infantile, avec comme conséquence la diminution de l'espérance de vie moyenne. Le VIH/SIDA est l'un des plus sérieux problèmes de santé publique. Son impact, en termes de morbidité et de mortalité, entrave le développement économique des pays de la Région. Cette situation est aggravée par les faiblesses et la précarité des systèmes de santé, ainsi que par le manque et la mauvaise gestion des ressources humaines, financières et techniques.

Au regard de l'ampleur des problèmes auxquels sont confrontés les pays africains, leurs capacités à y faire face, en comptant sur leurs propres moyens et ressources, sont fort limitées. Les pays développés doivent donc accroître l'aide publique au développement destinée aux pays pauvres, tout en envisageant d'autres mesures importantes telles que l'annulation de la dette extérieure de ces pays, l'élargissement de l'accès des produits provenant de ces pays à leurs marchés, le transfert de technologies et l'augmentation de l'investissement direct étranger.

Mesdames et Messieurs, au Mozambique, l'état de santé de la population et le profil épidémiologique reflètent globalement le niveau actuel de développement socioéconomique du pays. La charge des maladies endémiques est lourde. Le paludisme et la diarrhée associée à la malnutrition touchent principalement les enfants de moins de cinq ans. La prévalence du VIH/SIDA est plus élevée chez les femmes et ne cesse de croître. L'augmentation de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant constitue également une source de préoccupation.

Il est particulièrement encourageant de savoir que pour l'année 2005, le Rapport sur la santé dans le monde aura pour thème «**Donner sa chance à chaque mère**». Nous pensons qu'à l'instar de l'éducation et de la formation professionnelle, la santé constitue un facteur de libération de la femme. Nous croyons qu'une femme en bonne santé peut améliorer substantiellement ses capacités d'apprentissage et participer activement, aux côtés des autres acteurs, aux efforts de développement national.

Au Mozambique, le programme quinquennal mis en place dans le domaine de la santé place les femmes et les enfants au centre de nos préoccupations. Nous pensons que les actions suivantes contribueront à améliorer l'accès des femmes à l'éducation, à l'emploi et à la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Nous accordons également la priorité à la réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies évitables par la vaccination des enfants de 0 à 23 mois, des enfants en âge scolaire et des femmes en âge de procréer. Nous menons actuellement une campagne nationale de vaccination, et les taux de couverture enregistrés jusque-là sont encourageants. Parallèlement, nous déployons des efforts pour améliorer l'état nutritionnel de la population et pour élargir l'accès aux services de protection maternelle, en particulier dans les zones rurales.

Distingués Délégués, la présente session se tient au moment où le monde s'apprête à faire une première évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, adoptés en 2000. Ces objectifs établissent les priorités suivantes dans le secteur de la santé, d'ici 2015 :

- la réduction de la mortalité infantile;
- l'amélioration de la santé maternelle;
- la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Le moment est venu, pour nous Africains, de mener une réflexion sur les meilleurs moyens de participer à cette évaluation, en vue de la réalisation effective des objectifs fixés.

Nous espérons donc que les débats de la présente session tiendront compte de l'appel lancé par l'Organisation mondiale de la Santé et chacun de nos pays pour que les mesures appropriées soient prises en vue de prévenir et prendre en charge les maladies, d'en atténuer l'impact, d'entreprendre des recherches à ce sujet et de mener une campagne de plaidoyer en faveur de la lutte contre les maladies, afin d'améliorer la situation socioéconomique de nos peuples. Animé du même esprit et convaincu de votre attachement aux valeurs fondamentales et inaliénables de dignité humaine, je voudrais, une fois de plus, souhaiter à tous, la bienvenue et plein succès dans vos délibérations.

Sur ce, j'ai l'honneur de déclarer solennellement ouverte la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Afrique.

Je vous remercie.

ANNEXE 14

PROJET D'ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-comité des désignations
3. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional
 - 6.1 Mise en oeuvre du Budget Programme 2006–2007 dans la Région africaine
 - 6.2 Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques
 - a) Santé de l'adolescent : Stratégie pour la Région africaine
 - b) Santé de la femme : Stratégie pour la Région africaine
 - c) Lutte contre la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine
 - d) Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence silencieuse
 - e) Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà
 - f) Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives
 - g) Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire
 - h) Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005-2014
 - i) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
 - j) Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine

- k) Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine
 - l) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005
 - m) Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en œuvre de la stratégie

- 7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-dix-neuvième session du Conseil exécutif, de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-septième session du Comité régional
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 8. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009
 - 8.2 Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et de d'accélération
 - 8.3 Accélérer l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine
 - 8.4 Onchocercose : Problèmes émergents et défis
 - 8.5 Commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent
 - 8.6 Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
 - 8.7 Revitalisation des systèmes de santé dans le cadre des soins de santé primaires dans la Région africaine
 - 8.8 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine

- 9. Information

- 9.1 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation
 - 9.2 Élimination de la lèpre : Rapport de situation
 - 9.3 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- 10. Table ronde : Action intersectorielle pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie
 - 11. Discussion de groupe : La lutte antipaludique dans la Région africaine : Expériences et Perspectives
 - 12. Rapport de la Table ronde et du Groupe de discussion
 - 13. Dates et lieux des cinquante-septième et cinquante-huitième sessions du Comité régional
 - 14. Décisions de procédure
 - 15. Adoption du rapport du Comité régional
 - 16. Clôture de la cinquante-sixième session du Comité régional

ANNEXE 15

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC55/1	Ordre du jour
AFR/C55/1 Add.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC55/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional pour 2004
AFR/RC55/3	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC55/4	Ordres du jour de la cent-dix-septième session du conseil exécutif, de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-sixième session du Comité régional
AFR/RC55/5	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC55/6	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC55/7	Budget Programme de l'OMS pour 2006–2007 : Orientations pour l'exécution dans la Région africaine
AFR/RC55/8	Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC55/9	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC55/10	Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC55/11	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC55/12	Les maladies cardiovasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives
AFR/RC55/13	Mise en oeuvre de la convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : situation actuelle et perspectives
AFR/RC55/14	Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : situation actuelle
AFR/RC55/15	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources

	EB116/5 : Point 5.1 de l'ordre du jour provisoire
AFR/RC55/16	Programme général de Travail 2006–2015
AFR/RC55/RT/1	Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine
AFR/RC55/PD/1	Déterminants sociaux de la santé et inégalités en matière de santé : une préoccupation dans la Région africaine
AFR/RC55/17	Dates et lieux des cinquante-sixième et cinquante-septième sessions du comité régional
AFR/RC55/18	Décisions de procédure et résolutions
AFR/RC55/19	Liste des participants
AFR/RC55/20	Rapport final du Comité régional
Décision 1	Constitution du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des Pouvoirs
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la cinquante-sixième session du Comité régional
Décision 7	Ordre du jour de la cent-dix-septième session du Conseil exécutif
Décision 8	Méthode de travail et durée de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 9	Sommet ministériel mondial sur la Recherche en Santé 2008
Décision 10	Dates et lieux des cinquante-sixième et cinquante-septième sessions du Comité régional

Décision 11

Désignation de représentants de la Région africaine au Conseil d'Administration du Partenariat « Faire reculer le paludisme »

AFR/RC55/R1	Budget Programme de l'OMS pour 2006–2007 : orientation pour sa mise en œuvre dans la Région africaine
AFR/RC55/R2	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC55/R3	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC55/R4	Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : situation actuelle et perspectives
AFR/RC55/R5	Lutte contre la tuberculose : situation dans la Région africaine
AFR/RC55/R6	Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine
AFR/RC55/R7	Motion de remerciements
AFR/RC55/INF.DOC/1	Rapport sur les ressources humaines de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC55/INF.DOC/2	Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement
AFR/RC55/INF.DOC/3	Lutte antituberculeuse : situation dans la Région africaine
AFR/RC55/INF.DOC/4	La drépanocytose: un problème de santé publique dans la Région africaine
AFR/RC55/INF.DOC/5	Propagation de la grippe aviaire et préparation et action en cas de pandémie en Afrique
AFR/RC55/INF.DOC/6	Variole : Destruction des stocks de virus variolique Rapport du Secrétariat
AFR/RC54/Conf.Doc/1	Allocution du Professeur Paulo Ivo Garrido, Ministre de la Santé du Mozambique

- AFR/RC55/Conf.Doc/2 Allocution du Dr Saleh Mekey, Ministre de la Santé de l'Erythrée, Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique
- AFR/RC55/Conf.Doc/3 Allocution du Directeur régional, Dr Luis Gomes Sambo, à l'ouverture de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC55/Conf.Doc/4 Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC55/Conf.Doc/5 Allocution de Son Excellence M. Alpha Oumar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine, lue en son nom par Maître Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales, à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
- AFR/RC55/Conf.Doc/6 Allocution du Président de la République du Mozambique
- AFR/RC55/INF/01 Bulletin d'information sur la République du Mozambique