

Cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

*Yaoundé, République du Cameroun
1^{er} – 5 septembre 2008*

Rapport final



**Cinquante-huitième session
du
Comité régional de l’OMS
pour l’Afrique**

*Yaoundé, République du Cameroun
1^{er} – 5 septembre 2008*

Rapport final

**Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2008**

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2008)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en République du Congo

SOMMAIRE

Page

ABRÉVIATIONS	ix
--------------------	----

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations	1
Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	1
Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	2
Décision 4 : Vérification des Pouvoirs	3
Décision 5 : Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme	3
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-neuvième session du Comité régional	3
Décision 7 : Ordre du jour provisoire de la cent-vingt-quatrième session du Conseil exécutif	4
Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif	4
Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé	5

Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-neuvième et soixantième sessions du Comité régional	6
---	---

Décision 11 : Désignation des Représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine	6
---	---

RÉSOLUTIONS

AFR/RC58/R1 : Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action	7
---	---

AFR/RC58/R2 : Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie	12
---	----

AFR/RC58/R3 : Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire	15
--	----

AFR/RC58/R4 : Motion de remerciements	17
---	----

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

Paragraphes

OUVERTURE DE LA RÉUNION	1-25
-------------------------------	------

ORGANISATION DES TRAVAUX	26-30
--------------------------------	-------

Constitution du Sous-Comité des Désignations	26
--	----

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	27
---	----

Adoption de l'ordre du jour	28
-----------------------------------	----

Adoption de l'horaire de travail	29
Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	30
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2006-2007 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC58/2)	31-62
INVITÉ SPÉCIAL	63-66
RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS	67-68
EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC58/10)	69-126
Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (document AFR/RC58/3)	70-78
Prévention et lutte contre le cancer : une stratégie pour la région africaine (document AFR/RC58/4)	79-86
Santé de la femme dans la région africaine de l'OMS : appel à l'action (document AFR/RC58/5)	87-96
Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : une exigence cruciale de la lutte contre la maladie (document AFR/RC58/6)	97-103
Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC58/7)	104-110
Sécurité des patients dans les services de santé en afrique : enjeux et solutions (document AFR/RC58/8)	111-118

Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : point de la situation et perspectives (document AFR/RC58/9)	119-126
ENTÉRINEMENT DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE (document AFR/RC58/11)	127
DOCUMENTS D'INFORMATION	128
GROUPE DE TRAVAIL INTERGOUVERNEMENTAL (GTIG) SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, L'INNOVATION ET LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET SUIVI DE LA RÉOLUTION WHA.61.21	129
DISCUSSIONS DE GROUPE	130
ENTÉRINEMENT DE LA DÉCLARATION D'ALGER SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC58/12)	131-133
BUDGET PROGRAMME 2006-2007 : APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION (document AFR/RC58/13)	134-138
PROJET DE BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2010-2011 (document AFR/RC58/14)	139-146
CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE (document AFR/RC58/16)	147-156

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (document AFR/RC58/17)	157-159
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (document AFR/RC58/18)	160-165
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-NEUVIÈME ET SOIXANTIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC58/19)	166-169
ADOPTION DU RAPPORT DE LA CINQUANTE-HUITIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC/58/20)	170
CLÔTURE DE LA CINQUANTE-HUITIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL	171-177
Motion de remerciements	171
Mot de clôture du Directeur régional	172-174
Mot de clôture du Président et clôture de la réunion.....	175-177

PARTIE III

ANNEXES	Pages
1. Liste des participants	75
2. Ordre du jour de la cinquante-huitième session du Comité régional	96
3. Programme de travail	99
4. Rapport du Sous-Comité du Programme (y compris les appendices 1 à 3)	106
5. Rapports des discussions de groupe	132

6. Mot de bienvenue de M. Gilbert Tsimi Evouna, délégué du gouvernement auprès de la Communauté urbaine de Yaoundé	153
7. Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.....	155
8. Allocution du Commissaire aux Affaires sociales de la Commission de l'Union africaine, M ^e Bience Gawanas	162
9. Allocution de l'Invité spécial, M. Ray Chambers, Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le paludisme	166
10. Allocution du Dr Magaret Chan, Directeur général de l'OMS	170
11. Discours de son Excellence Chef Inoni Ephraïm, Premier Ministre, Chef du Gouvernement, à l'occasion de la cérémonie solennelle d'ouverture de la 58 ^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	182
12. Ordre du jour provisoire de la cinquante-neuvième session du Comité régional.....	185
13. Liste des documents	187

ABRÉVIATIONS

ACT	:	Association thérapeutique à base d'artémisinine
BAD	:	Banque africaine de Développement
BM	:	Banque mondiale
CCLAT	:	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CEA	:	Commission économiques des Nations Unies pour l'Afrique
CNS	:	Comptes nationaux de la santé
DDT	:	Dichlorodiphényltrichloréthane
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GTIG	:	Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
HMIS	:	Système d'information sur la gestion en santé
MGF	:	Mutilations génitales féminines
MNT	:	Maladie non transmissible
MR	:	À bacilles multirésistants (tuberculose)
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS/HQ	:	Siège de l'Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PBAC	:	Comité du Programme, du Budget et de l'Administration
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	:	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PRP	:	Planification, coordination des ressources et suivi de la Performance

PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant
RHS	:	Ressources humaines pour la santé
RSI	:	Règlement sanitaire international
Sida	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	:	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SSP	:	Soins de santé primaires
STEP	:	Approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque
TB	:	Tuberculose
TDCI	:	Troubles dus à une carence en iode
UA	:	Union africaine
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UR	:	À bacilles ultrarésistants (tuberculose)
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	:	Virus du papillome humain
WHA	:	Assemblée mondiale de la Santé

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, qui s'est réuni le 1^{er} septembre 2008, était composé des représentants des États Membres suivants : Algérie, Botswana, Comores, Éthiopie, Mozambique, Sénégal, Tchad et Zambie.

Les États Membres dont les délégués n'ont pas pu prendre part à la réunion sont les suivants : Nigéria, Rwanda, Sierra Léone et Togo.

Le Sous-Comité des Désignations a élu Président le Dr Ikililou Dhoinine, Vice-Président de la République des Comores chargé de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre.

Première séance, 1^{er} septembre 2008

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément aux articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique, et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu, à l'unanimité, le bureau comme suit :

Président

M. André Mama Fouda,
Ministre de la Santé publique,
Cameroun

1^{er} Vice-Président

Dr Parirenyatwa,
Ministre de la Santé et du Bien-Être de l'Enfant,
Zimbabwe

2^{ème} Vice-Président

Dr Camillo Simoes Pereira,
Ministre de la Santé publique,
Guinée-Bissau

Rapporteurs

M. Khumbo Hastings Kachali (pour l'anglais),
Ministre de la Santé du Malawi

M. Fransisco Pascual Eyegue Obama Asue (pour le portugais),
Ministre de la Santé de Guinée équatoriale

Dr Dorothee Yevide (pour le français),
Directrice adjointe de Cabinet,
Ministère de la Santé publique du Bénin

Deuxième séance, 1^{er} septembre 2008

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

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, composé des représentants des 12 États Membres suivants : Angola, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Namibie, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, et Swaziland.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1^{er} septembre 2008. Les délégués des États Membres suivants étaient présents : Angola, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Namibie, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, et Seychelles. Le Sous-Comité s'est réuni de nouveau le 3 septembre 2008. Les délégués des États Membres suivants étaient présents : Angola, Burkina Fasso, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Namibie et Seychelles.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président Mme Angélique Ngoma, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publiques, en charge de la Famille et de la Promotion de la Femme, du Gabon. À sa réunion du 3 septembre 2008, le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Vice-Président le Dr Malick Njie, Secrétaire d'État à la Santé et au Bien-Être social de la Gambie.

Troisième séance, 1^{er} septembre 2008

Décision 4 : Vérification des pouvoirs

Agissant sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les Représentants des États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Léone, Seychelles, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Les délégations du Rwanda et du Swaziland n'ont pas présenté leurs pouvoirs.

Quatrième séance, 2 septembre 2008

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

Le mandat des pays ci-après, au sein du Sous-Comité du programme, vient à expiration à la fin de la cinquante-huitième session du Comité régional : Algérie, Angola, Bénin, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Ils seront remplacés par les pays suivants : Gambie, Ghana, Guinée, Lesotho, Madagascar et Malawi. Ces pays rejoindront ainsi le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Cap-Vert, les Comores, La République du Congo, la Côte d'Ivoire, la République centrafricaine et le Tchad dont le mandat expire en 2009.

Sixième séance, 2 septembre 2008

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-neuvième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé le projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante-neuvième session du Comité régional (voir l'Annexe 12)

Treizième séance, 4 septembre 2008

**Décision 7 : Ordre du jour provisoire de la cent-vingt-quatrième session
du Conseil exécutif**

Le Conseil régional a pris note de l'ordre du jour provisoire de la cent-vingt-quatrième session du Conseil exécutif (voir l'Annexe du document ARF/RC58/18).

Treizième séance, 4 septembre 2008

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

- 1) Conformément à la décision 8 (3) de la cinquante-septième session du Comité, la Mauritanie, Maurice, le Niger et l'Ouganda ont chacun désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif à compter de la cent-vingt-troisième session du Conseil exécutif en mai 2008.
- 2) Le mandat du Mali (Sous-région I) expirera à la clôture de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Conformément à la procédure énoncée dans la décision 8 de la cinquante-quatrième session du Comité régional, le Mali sera remplacé par le Burundi (Sous-région II)
- 3) Le Burundi assistera à la cent-vingt-cinquième session du Conseil exécutif après la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009 et devra confirmer sa disponibilité au moins six (6) semaines avant la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé
- 4) La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA51.26, a décidé que les personnes appelées à siéger au Conseil exécutif le feront en qualité de représentants gouvernementaux techniquement qualifiés dans le domaine de la santé.

Treizième séance, 4 septembre 2008

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

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-Président de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2009.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, la question des délégués des États Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de :
 - Président ou Vice-président de la Commission principale A ou B, en tant que de besoin; et
 - Rapporteurs des Commissions principales.

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

- 3) Le Directeur régional convoquera également une réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé, le samedi 16 mai 2009 à 9h30, au Siège de l'OMS à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-huitième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé présentant un intérêt particulier pour la Région africaine. Durant l'Assemblée, des réunions de coordination rassemblant les délégués africains auront lieu chaque matin à 8h00 au Palais des Nations à Genève.

Treizième séance, 4 septembre 2008

**Décision 10 : Date et lieu des cinquante-neuvième et soixantième sessions
du Comité régional**

Conformément au Règlement intérieur, le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-neuvième session à Kigali (Rwanda) du 31 août au 4 septembre 2009, et sa soixantième session à Malabo (Guinée équatoriale).

Treizième séance, 2 septembre 2008

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

Le mandat de la République démocratique du Congo et de la Guinée équatoriale au sein du Comité d'orientation et de coordination du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine expire le 31 décembre 2008. Ces pays seront remplacés par l'Éthiopie et la Guinée pour une période de trois ans, à compter du 1^{er} janvier 2009. L'Éthiopie et la Guinée se joindront ainsi à la Côte d'Ivoire et au Gabon qui siègent au sein du Comité d'orientation et de coordination.

Treizième séance, 4 septembre 2008

RÉSOLUTIONS

AFR/RC58/R1 : Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action

Le Comité régional,

Reconnaissant que les femmes doivent jouir d'un état de complet bien-être physique, mental et social pour être à même de s'acquitter de leurs nombreuses et importantes responsabilités dans la société et d'apporter leur contribution au développement national;

Rappelant la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Ayant à l'esprit les diverses résolutions du Comité régional de l'OMS portant sur la santé de la femme et le développement, y compris la résolution AFR/RC53/R4 : Santé de la femme : Stratégie pour la Région africaine, adoptée en 2003, et la résolution AFR/RC54/R9 : Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique, adoptée en 2004 ;

Préoccupé par le fait qu'en dépit des nombreuses résolutions adoptées antérieurement par les États Membres pour améliorer la santé de la femme, les progrès réalisés dans la Région ne sont pas satisfaisants;

Vivement préoccupé par le constat qu'une femme sur 26 risque la mort en donnant la vie dans les pays d'Afrique subsaharienne, contre une femme sur 7 300 dans les pays développés ; que 13 des 14 pays du monde ayant un ratio de mortalité maternelle supérieur à 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes sont des pays d'Afrique subsaharienne ; que plus de 57 % des femmes de la Région africaine n'ont pas accès à une assistance par des personnels qualifiés pendant l'accouchement; et

que 100 à 140 millions de femmes et de filles sont soumises actuellement à des mutilations génitales féminines;

Alarmé par le fait qu'en dépit de la nécessité de réduire la mortalité maternelle de 5,5 % par an en moyenne en Afrique subsaharienne pour réaliser l'OMD 5, le taux de réduction effectivement enregistré sur une période de 15 ans, de 1990 à 2005, n'a été que de 0,1 % par an en moyenne;

Notant que le développement insuffisant des systèmes de santé et leur faiblesse figurent parmi les causes profondes du niveau élevé de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne;

Rappelant également la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, qui vise à renforcer les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires;

Conscient de ce que les femmes continuent d'être soumises à des discriminations socioculturelles; à un statut économique précaire; à des pratiques traditionnelles néfastes telles les mutilations génitales féminines; à des violences sexuelles et basées sur le genre ; à des tabous ; à des mariages forcés et à des grossesses précoces, ainsi qu'à l'infection à VIH et autres IST;

Reconnaissant que l'instabilité politique et sociale, l'insécurité alimentaire, la pauvreté et les catastrophes naturelles et provoquées par l'homme ont des effets négatifs sur les femmes;

Vivement préoccupé de constater que les ressources consacrées à la santé de la femme en général et à la santé maternelle en particulier sont de loin insuffisantes pour produire un impact significatif vers la réalisation des OMD 3 et 5;

Conscient que les questions relatives à la santé de la femme sont des questions complexes qui exigent des actions intersectorielles concertées entre les secteurs public et privé, les organisations non gouvernementales, les communautés, les familles, les femmes elles-mêmes ainsi que la participation active des hommes;

Ayant examiné le document intitulé «Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action», ainsi que le rapport du Sous-Comité du Programme sur le sujet;

1. APPROUVE le rapport sur la Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) de renforcer les organes institutionnels multisectoriels de haut niveau existants pour promouvoir et suivre les questions relatives à la santé et à l'autonomisation des femmes, à l'éducation des fillettes et aux stratégies de réduction de la pauvreté, y compris les actions menées en faveur de la santé de la femme par divers secteurs, avec la participation des administrations locales;
- b) de renforcer les capacités institutionnelles dans la mise en œuvre d'interventions en faveur de la santé de la femme, en établissant des mécanismes de coordination multisectorielle efficaces par la désignation d'un point focal pour la santé de la femme dans chaque ministère/département dont l'action a un impact sur le bien-être et la santé des femmes, et par la création d'un groupe technique multisectoriel/multidisciplinaire doté d'un mandat précis et uniforme;
- c) d'accroître délibérément les ressources nationales destinées à la mise en œuvre des politiques et stratégies en faveur de la santé de la femme en allouant des fonds expressément pour la santé de la femme; en adoptant et mettant en œuvre des politiques visant à éliminer les obstacles d'ordre financier entravant l'accès des femmes aux soins de santé; et en élaborant et appliquant des politiques de développement des ressources humaines pour la santé afin de mieux assurer la disponibilité des agents chargés de la prestation des services de santé maternelle, en particulier dans les zones rurales et dans les zones mal desservies;

- d) d'intégrer dans les politiques relatives à la santé de la femme l'éradication des mariages précoces et forcés, de la violence basée sur le genre et de toutes formes de discriminations à l'égard des femmes, et d'adopter des lois pertinentes.
- e) de renforcer les partenariats avec les groupes de défense des droits de la femme, y compris les organisations à base communautaire, et d'inclure les questions relatives à la santé de la femme dans leurs programmes;
- f) d'élaborer et mettre en œuvre des feuilles de route nationales pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, conformément à la résolution AFR/RC54/9 intitulée «Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique»;
- g) d'utiliser l'approche des soins de santé primaires pour mettre en œuvre les interventions en faveur de la santé de la femme, avec une forte participation et adhésion des communautés, en associant activement les hommes aux efforts visant à améliorer l'utilisation des services par les femmes enceintes;
- h) de renforcer l'intégration de la planification familiale, de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, de la nutrition et de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les services de santé maternelle et infantile, et de diversifier les points d'entrée des interventions en faveur de la santé de la femme dans les services existants, afin d'accroître l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources;
- i) d'intensifier les interventions essentielles en faveur de la santé de la femme tout le long de son cycle de vie;
- j) d'élaborer un plan de communication intégré pour favoriser une meilleure compréhension du rôle des femmes au sein de la société et promouvoir le changement de comportements et d'attitudes à l'égard de la santé de la femme;

- k) de promouvoir la recherche sur les questions touchant expressément la santé de la femme, afin de produire des bases factuelles pour guider les initiatives politiques et les programmes;

3. DÉCLARE le 4 septembre Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine;

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de renforcer le plaidoyer pour l'augmentation des ressources destinées à la santé de la femme en général et plus particulièrement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale;
- b) de continuer à fournir des orientations techniques aux États Membres pour qu'ils traitent des politiques et des interventions prioritaires en faveur de la santé de la femme, et de documenter et partager les meilleures pratiques en la matière;
- c) de continuer à promouvoir les partenariats avec d'autres institutions concernées des Nations Unies telles que le PNUD, l'UNESCO, l'UNICEF, l'UNFPA et l'UNIFEM en vue de promouvoir l'éducation des filles et des garçons, le renforcement du statut socioéconomique de la femme et l'amélioration de la santé de la femme toute le long de son cycle de vie;
- d) de créer une commission de la santé de la femme dans la Région africaine en vue de produire des bases factuelles concernant l'effet bénéfique de l'amélioration de l'état de santé des femmes sur le développement socioéconomique, pour un meilleur plaidoyer et de meilleures initiatives politiques;
- e) de créer un mécanisme de suivi et d'évaluation en collaboration avec l'Union africaine et les communautés économiques régionales;
- f) d'appuyer les États Membres dans le renforcement des systèmes nationaux d'information;

g) de faire rapport au Comité régional à sa soixantième session en 2010, et tous les deux ans par la suite, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

5. INVITE les autres partenaires internationaux intervenant en faveur de la santé :

- a) à reconnaître que la santé de la femme est une priorité dans la Région africaine et à établir un mécanisme novateur pour des investissements accrus dans les services de santé maternelle et néonatale;
- b) à aligner les programmes et le financement de la santé de la femme sur les politiques et priorités nationales, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, l'alignement et l'harmonisation.

Troisième séance, 2 septembre 2008

AFR/RC58/R2 : Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie

Le Comité régional,

Conscient du rôle crucial que jouent les laboratoires dans la prévention de la maladie, l'alerte et la riposte contre les épidémies, ainsi que dans la recherche pour la santé;

Reconnaissant l'importance du rôle des laboratoires dans la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, et dans l'application du Règlement sanitaire international;

Préoccupé par la fréquente apparition, au sein de la Région, d'épidémies dont le diagnostic biologique ne peut se faire à temps à cause de la faiblesse des laboratoires, retardant ainsi les moyens de lutte;

Reconnaissant les faibles capacités des services de laboratoire en termes d'organisation, de moyens financiers, de ressources humaines et d'investissement;

Préoccupé par le flou des dispositions en matière de supervision des services de laboratoire au sein des systèmes nationaux de santé de certains États Membres;

Conscient de la nécessité pour les États Membres de garantir la disponibilité de services de laboratoire de qualité;

Reconnaissant la nécessité que les politiques nationales en matière de laboratoires guident la mise en place et le fonctionnement approprié des réseaux de laboratoires dans les États Membres;

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional sur le renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) d'élaborer et de renforcer des politiques nationales complètes en matière de laboratoires, qui soient axées sur les fonctions, l'organisation administrative, le maillage de réseaux nationaux et régionaux de laboratoire, la coordination, les technologies, la maintenance, la biosécurité, la sécurité biologique en laboratoire et la gestion de la qualité;
- b) d'assurer le financement adéquat des services de laboratoires de santé publique en puisant dans toutes les sources budgétaires publiques disponibles;
- c) de recourir aux possibilités existantes pour faire en sorte que les mécanismes internationaux de financement de la santé mobilisent les ressources requises pour les services de laboratoires, en appui aux programmes de santé publique tels que la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, le Règlement sanitaire international, la prévention de la maladie et la riposte aux épidémies;

- d) de rédiger des plans pour équiper et doter convenablement en personnel les laboratoires nationaux de santé publique et les laboratoires cliniques ;
- e) de confier aux laboratoires nationaux de santé publique de référence des responsabilités spécifiques pour la coordination technique, l'assurance de la qualité, la formation et l'appui aux laboratoires périphériques;
- f) de renforcer le système d'approvisionnement et de distribution des réactifs et consommables destinés aux laboratoires de santé publique pour assurer la disponibilité continue du matériel et des produits de laboratoire;
- g) de fournir un appui aux laboratoires nationaux de santé publique pour les aider à renforcer leurs capacités dans les domaines de la gestion de la qualité; de la prévention de la maladie, de l'alerte et de la riposte aux épidémies, ainsi que de la recherche pour la santé;
- h) de renforcer le personnel de laboratoire à tous les niveaux en déterminant les besoins en matière de formation de base et continue, et en y apportant les solutions qui s'imposent, ainsi qu'en mettant en place des mécanismes pour réduire au minimum l'exode du personnel de laboratoire;
- i) de veiller à la maintenance tant préventive que curative du matériel de laboratoire, en formant des ingénieurs et des techniciens biomédicaux et en renforçant la capacité du personnel à assurer une maintenance préventive;
- j) de renforcer les systèmes d'information pour la gestion des laboratoires de façon à permettre la collecte systématique de données exactes pour suivre, évaluer et planifier des services de laboratoires de qualité;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique pour l'élaboration de politiques, plans et standards nationaux en matière de laboratoires;

- b) de promouvoir la création et le maillage de réseaux nationaux et régionaux de laboratoires de santé publique de référence;
- c) d'aider les États Membres à mobiliser, obtenir et pérenniser les ressources requises pour renforcer les services de laboratoire;
- d) de faire rapport au Comité régional, à sa soixante et unième session en 2011, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

Troisième séance, 2 septembre 2008

AFR/RC58/R3 : Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire

Le Comité régional,

Rappelant l'adoption de la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé primaires en 1978;

Réaffirmant l'engagement à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé;

Conscient de l'importance de l'approche des Soins de Santé primaires pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement;

Réaffirmant que la santé est un droit humain fondamental et que la responsabilité de la santé des populations incombe aux gouvernements;

Reconnaissant l'importance de la participation et de l'autonomisation des communautés dans le domaine du développement sanitaire;

Reconnaissant également l'importance d'un partenariat concerté, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement, pour traduire les engagements en actions;

Notant les fortes interrelations entre les déterminants de la santé tels que le développement économique, la gouvernance, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'environnement, la paix et la sécurité;

Notant également l'urgence et la nécessité de combler le déficit de financement du secteur de la santé et de résorber la grave pénurie des ressources humaines pour la santé qualifiées;

Reconnaissant en outre que l'intensification des interventions de santé essentielles passe par l'amélioration de la performance des systèmes de santé pour qu'ils puissent fournir des soins de santé de qualité aux communautés, familles et individus;

1. ENTÉRINE la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire ;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres:

a) de prendre les mesures appropriées pour actualiser leurs politiques de santé et plans y afférents, au regard de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique;

b) d'élaborer un cadre national pour la mise en oeuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique;

3. PRIE le Directeur régional, en collaboration avec l'Union africaine et les autres partenaires au développement, de promouvoir la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé, et de conduire un processus d'élaboration et d'adoption d'un cadre pour sa mise en oeuvre.

Troisième séance, 2 septembre 2008

AFR/RC58/R4 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts immenses consentis par le Chef de l'État, le Gouvernement et le peuple de la République du Cameroun, pour assurer le succès de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Yaoundé, du 1^{er} au 5 septembre 2008;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple de la République du Cameroun ont réservé aux délégués,

1. REMERCIE Son Excellence M. Paul Biya, Président de la République du Cameroun, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués et pour le discours plein d'inspiration et d'encouragements prononcé à la cérémonie solennelle d'ouverture par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement;
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Cameroun pour leur remarquable hospitalité;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence M. Paul Biya, Président de la République du Cameroun.

14^{ème} séance, 5 septembre 2008

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. La cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 1^{er} septembre 2008 au Palais des Congrès à Yaoundé (République du Cameroun), par Son Excellence Ephraïm Inoni, Premier Ministre et Chef du Gouvernement (République du Cameroun), au nom de Son Excellence Paul Biya, Président de la République du Cameroun. Étaient présents à la cérémonie d'ouverture, des membres du Gouvernement camerounais, les ministres de la santé et les chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, Maître Bience Gawanas, Commissaire de l'Union africaine pour les Affaires sociales représentant le Président de la Commission de l'Union africaine, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, M. Ray Chambers, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour le paludisme, des membres du corps diplomatique et des représentants d'institutions des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (*la liste des participants figure à l'annexe 1*).

2. M. Gilbert Tsimi Evouna, Délégué du Gouvernement auprès de la Communauté urbaine de Yaoundé, a souhaité la bienvenue dans la capitale aux ministres de la santé et aux délégués et leur a adressé tous ses vœux de succès pour leurs travaux.

3. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a remercié le Président, le Premier Ministre, le Gouvernement et le peuple du Cameroun de leur hospitalité et de la décision d'accueillir le Comité régional pour la deuxième fois.

4. Le Directeur régional a fait observer que les quatre dernières années avaient été riches de réalisations, ce qui témoignait de la détermination et de l'engagement des États Membres et de leurs partenaires à renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer la santé des populations africaines. Il a indiqué que la contribution de l'OMS était fondée sur cinq orientations stratégiques, à savoir : le renforcement de l'appui aux pays, le renforcement des partenariats pour la santé, le renforcement des politiques et des systèmes de santé, la promotion de l'intensification des

interventions de santé essentielles et, enfin, le renforcement de l'action sur les principaux déterminants sociaux de la santé.

5. Le Dr Sambo a rappelé que la présence de l'OMS dans les pays avait été renforcée moyennant un réexamen du profil du personnel, eu égard particulièrement aux spécificités des pays insulaires, des pays couvrant une vaste superficie et des pays en crise ou en sortie de crise. Une révision des stratégies de coopération avec les pays, au regard des objectifs du Millénaire pour le développement et des réformes en cours au sein du système des Nations Unies, a été entreprise. Sous l'autorité du Dr Margaret Chan, Directeur général, la collaboration entre le Siège de l'OMS et les Bureaux régionaux a été améliorée. Dans ce cadre, un forum de discussion entre le Directeur général et les Directeurs régionaux a été instauré.

6. Le Directeur régional a indiqué que le Bureau régional avait été réorganisé de manière à focaliser son action sur les fonctions normatives de base, sur l'élaboration des politiques et des stratégies, ainsi que sur la mobilisation de ressources. Des équipes inter-pays multidisciplinaires ont été installées à Ouagadougou, Harare et Libreville en vue d'améliorer la qualité de l'appui technique aux pays. Des délégations de pouvoirs ont été effectuées à tous les niveaux pour améliorer la performance du Bureau régional, des équipes inter-pays d'appui et des bureaux de pays. Un système de communication efficient a été mis en place pour faciliter la collaboration en temps réel, et il est attendu dans les semaines à venir que le nouveau système mondial de gestion soit opérationnel.

7. Le Dr Sambo a souligné que les partenariats avec l'Union africaine et les communautés économiques régionales s'étaient améliorés et que la collaboration et la coordination avec les agences des Nations Unies – notamment avec l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le PNUD et le PNUE –, avec des institutions financières comme la Banque mondiale et la Banque africaine de développement, s'étaient renforcés. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la réforme des Nations Unies et de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

8. Le Directeur régional a indiqué que l'OMS avait contribué au renforcement des systèmes nationaux de santé fondé sur l'approche des soins de santé primaires (SSP) et centré sur le système de santé local, principe réaffirmé dans la Déclaration de

Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé, adoptée en avril 2008. Face à la crise des ressources humaines pour la santé dans la Région, il a été créé au Bureau régional un Observatoire régional des personnels de santé pour suivre les progrès réalisés par les pays et produire des informations pour la prise de décisions.

9. Le Dr Sambo a fait savoir que des progrès d'importance variable avaient été faits concernant le passage à l'échelle des interventions prioritaires en matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, le paludisme et le VIH/sida, ainsi que de prise en charge intégrée des maladies de la mère et de l'enfant. La mortalité maternelle reste encore à un niveau inacceptable et il faut davantage de ressources. Un fait marquant reste la baisse de 91 % de la mortalité due à la rougeole entre 2000 et 2006. Le Directeur régional a exhorté les États Membres à maintenir cet acquis en assurant une couverture vaccinale systématique élevée. Il a indiqué qu'en dépit des difficultés opérationnelles, l'éradication de la poliomyélite restait techniquement faisable. Toutefois, la persistance de la circulation du poliovirus sauvage dans quelques pays reste préoccupante.

10. S'agissant du paludisme, il a été signalé que des améliorations étaient intervenues concernant l'accès aux associations thérapeutiques à base d'artémisinine et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent, les pulvérisations intradomiciliaires et les interventions ciblant le groupe mère-enfant. De nouvelles sources et de nouveaux dispositifs de financement offrent de bonnes chances de maîtriser la maladie, et le Dr Sambo a salué les efforts du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies dans ce domaine. En ce qui concerne le VIH/sida, le Dr Sambo a rappelé que l'année 2006 avait été déclarée « Année de l'accélération de la prévention du VIH » sous l'égide de l'Union africaine et il a souligné l'importance de la prévention dans la lutte contre le VIH/sida. Il s'est dit inquiet du fait que la moitié des pays de la Région avaient signalé des cas de tuberculose à bacilles multirésistants et que la co-infection tuberculose-VIH atteignait des pics de 75 % dans certains pays.

11. Le Directeur régional a souligné qu'un appui avait été apporté dans le cadre de la riposte à des épidémies de fièvre de Marburg, de fièvre Ebola, de méningite et de choléra. Il a d'autre part indiqué qu'en dépit de l'appui fourni par l'OMS et des

partenaires aux États Membres, plusieurs pays n'avaient pas encore les capacités nécessaires pour faire face à d'éventuelles flambées de pandémie humaine. Quant aux maladies non transmissibles, elles deviennent un problème de santé publique de plus en plus important dans la Région. Le Directeur régional s'est félicité de l'adoption en août 2008 de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement. Le Dr Sambo a conclu son intervention en appelant de ses vœux un renforcement des partenariats, de la participation communautaire et de la mobilisation des ressources en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

12. Au nom de Son Excellence M. Jean Ping, Président de la Commission de l'Union africaine, M^e Bience Gawanas a rendu hommage au Directeur régional et à son équipe pour l'excellente conception, le caractère inventif et équilibré de l'ordre du jour, qui est axé sur les défis sanitaires de l'Afrique. Elle a fait savoir aux délégués qu'une nouvelle direction a été mise en place en avril 2008 et que l'un des principaux objectifs de la Commission est d'assurer la paix et la sécurité de toutes les populations africaines. Elle a ajouté que l'une des valeurs partagées de la Commission est l'approche du développement axée sur les populations africaines.

13. M^e Gawanas a reconnu qu'à mesure que les niveaux de pauvreté augmentent, l'état nutritionnel des populations se dégrade, ce qui entraîne une aggravation de la situation sanitaire, surtout chez les pauvres. Elle a reconnu qu'aujourd'hui, les leçons apprises dans les années 90 ont des effets favorables sur la conscientisation des dirigeants aux niveaux national, régional et international. En conséquence, le secteur de la santé est progressivement placé au centre du processus de décision, et les partenaires multilatéraux et bilatéraux et les institutions spécialisées sont en train de faire des défis sanitaires une priorité. Elle a reconnu en outre le rôle de la société civile, qui a contribué à faire placer la santé au centre des programmes de développement.

14. M^e Gawanas a fait savoir que lors de la célébration du sixième anniversaire de la Journée africaine de la Médecine traditionnelle, la Commission de l'Union africaine a présenté, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, un rapport de situation sur la Décennie de la médecine traditionnelle africaine. Elle a indiqué que le meilleur moyen de redéfinir les objectifs en matière de santé est de

coordonner et d'harmoniser efficacement les activités de l'Union africaine, de l'OMS et des autres partenaires, et que pour atteindre les objectifs de la sensibilisation menée auprès des dirigeants africains, il fallait d'urgence mettre en œuvre la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Pour conclure, elle a dit que le fait de mettre l'accent sur l'approche des soins de santé primaires permettrait d'accélérer les réformes des soins de santé visant à renforcer les systèmes de santé pour améliorer la santé en Afrique.

15. M. Ray Chambers, Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le paludisme, a rappelé aux délégués que le continent africain subit le fardeau et l'impact du paludisme. Il a indiqué que le paludisme prive l'Afrique de plus de US \$30 milliards chaque année sous forme de coûts de santé et de perte de productivité, enfermant de ce fait des millions de personnes dans la pauvreté. Il a dit que le paludisme contribue à la mortalité maternelle et rend plus vulnérable au VIH/sida. Il a déclaré que si l'on pouvait ramener à zéro la morbidité et la mortalité liées au paludisme, les avantages pour les populations africaines seraient supérieurs à toute autre action ou mesure que l'on pourrait prendre.

16. M. Chambers a indiqué que la communauté internationale dispose actuellement des fonds et de la technologie nécessaires pour réduire à zéro le nombre de décès dans les années qui viennent. Il a indiqué en outre que dans des pays comme l'Érythrée, le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, l'Éthiopie, le Ghana, la Zambie et la Tanzanie, de nombreux succès ont été obtenus dans la réduction des décès liés au paludisme grâce à une augmentation de la couverture des interventions, notamment par les moustiquaires. Il a fait savoir que le 25 avril 2008, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé un appel à l'action pour parvenir à l'accès universel aux interventions de lutte contre le paludisme d'ici le 31 décembre 2010. Il a dit qu'avec l'augmentation des financements provenant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Banque mondiale, du Royaume-Uni, du Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida et avec les outils d'intervention dont elle dispose, ce dont l'Afrique a besoin à présent, c'est l'engagement indéfectible des chefs d'État et de gouvernement à mener le continent à la victoire. Il a insisté sur le fait qu'il s'agit de partager cet engagement et cette responsabilité.

17. Il a réitéré l'engagement du Secrétaire général des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé et du Partenariat Faire reculer le paludisme, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, de la Banque mondiale, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Fondation Gates, de l'Initiative du Président des Nations Unies contre le paludisme, de la Fondation des Nations Unies et de son Bureau, à apporter aux pays africains tout le soutien possible, sous la direction des autorités nationales. Il a personnellement pris l'engagement de contribuer à la lutte contre le paludisme et dit qu'il était vraiment temps de le faire.

18. Dans son allocution, le Dr Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, a fait remarquer que dans 27 pays de la Région africaine, le budget annuel de la santé, toutes sources confondues, y compris l'aide extérieure et les prêts, ne dépasse pas en moyenne US \$30 par personne. Cela montre que la base de ressources est trop modeste pour permettre d'améliorer sensiblement la santé des populations. Elle a relevé que ce sont les ressources qui font la différence entre la participation financière des usagers et la protection sociale, et entre les soins de santé destinés à quelques privilégiés et la couverture universelle. Elle rappelle en outre que dans la résolution sur le financement de la santé en Afrique, les partenaires de développement sont instamment priés d'alimenter des flux financiers prévisibles et durables.

19. Le Dr Chan a souligné que le leadership était nécessaire en matière de santé et qu'il avait des retombées positives. Quand le leadership est assumé, la communauté internationale apporte son concours et les ressources suivent. Elle a rappelé que grâce au leadership, près de 3 millions de personnes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, pour la plupart dans la Région africaine, avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral pour le sida. Grâce au leadership également, on a pu intégrer les services pour le VIH et la tuberculose et élargir la lutte contre le paludisme. Elle a fait savoir aux délégués que le 18 septembre 2008, l'OMS allait publier l'analyse la plus complète à ce jour de la situation mondiale concernant le paludisme. Cette analyse devrait aider les pays à peaufiner leurs stratégies et à orienter leurs ressources avec encore plus de précision.

20. Le Directeur général a signalé qu'avec l'aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Région africaine avait fait un travail remarquable pour introduire de nouveaux vaccins sous-utilisés comme le vaccin Hib, le nouveau vaccin antipneumococcique et le vaccin contre l'hépatite B. Elle a indiqué qu'en incluant le vaccin contre l'hépatite B dans la vaccination systématique, on parviendrait à long terme à réduire l'impact du virus de l'hépatite B sur le cancer du foie, ce qui représenterait un réel progrès en santé publique. Elle s'est dit préoccupée par la nouvelle flambée de poliomyélite de type 1 dans les états septentrionaux du Nigéria qui avait déjà commencé à se propager dans les pays voisins, et par les campagnes de vaccination d'urgence menées à ce jour et dont la qualité laisse à désirer. Elle a demandé instamment aux ministres d'exercer leur leadership dans ces efforts pour ne pas compromettre les investissements consentis depuis tant d'années.

21. Le Dr Chan a indiqué que la Déclaration du Millénaire et ses objectifs liés à la santé étaient des repères et des engagements dans le temps qui avaient forcé le monde à agir. La santé attire de nouveaux financements, l'aide en faveur de la santé provenant de sources publiques et privées ayant doublé entre 2000 et 2006. Les principales institutions financières associent désormais l'achat d'interventions et le financement du renforcement des systèmes de santé chargés de les assurer. En août 2008, l'Éthiopie a été le premier pays à signer un pacte national avec des partenaires de développement dans le cadre du Partenariat international pour la santé Plus, et on s'attend à ce que d'autres pays africains fassent de même.

22. Elle a informé les délégués qu'un forum ministériel de haut niveau sur l'efficacité de l'aide se tiendrait à Accra du 2 au 4 septembre 2008. Le forum s'inscrit dans la lignée des engagements pris et des cibles fixées dans la Déclaration de Paris. La présentation des résultats des progrès réalisés dans ce domaine et relevés par l'OCDE apportera les preuves les plus solides à ce jour de la manière dont l'aide peut agir dans différents pays. On souhaite que le forum approuve un programme d'action qui contient des engagements très précis aussi bien des donateurs que des pays bénéficiaires, y compris la maîtrise des actions par les pays, le recours aux infrastructures en place pour la fourniture de l'aide et l'octroi de flux financiers prévisibles et durables.

23. Le Directeur général a indiqué que, d'après le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux, la responsabilité d'améliorer l'équité dans le domaine de la santé incombe pleinement aux décideurs et non pas seulement au secteur de la santé. Le rapport met en avant les soins de santé primaires comme modèle d'un système de santé qui s'attaque aux causes sociales, économiques et politiques de la maladie et inscrit la santé dans toutes les politiques sectorielles du gouvernement. Elle a souligné le rôle que les chefs d'État et de gouvernement ont à jouer pour traduire ceci dans les faits. Elle a félicité la Région africaine et le Directeur régional pour l'engagement inscrit dans la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique. Elle a informé les délégués que le Rapport sur la santé dans le monde qui paraîtra en octobre 2008 fournit des arguments économiques et sociaux incontournables pour faire des SSP le pivot des systèmes de santé.

24. La réunion a été officiellement ouverte par Son Excellence Ephraïm Inoni, Premier Ministre et Chef du Gouvernement de la République du Cameroun, au nom de Son Excellence Paul Biya, Président de la République du Cameroun. Il a déclaré que la réunion se tenait à un moment où les États à travers le monde s'employaient à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement afin d'améliorer la vie de leurs populations. Il s'est dit préoccupé de la lenteur des progrès dans la réalisation des OMD et a déclaré que les objectifs n'étaient pas des critères de développement, mais simplement des exigences minimales pour disposer d'une base solide pour un développement durable.

25. Le Premier Ministre a fait savoir qu'au Cameroun, le taux de mortalité maternelle et infantile demeurait encore relativement élevé et que, pour inverser cette tendance, Son Excellence Paul Biya avait instruit la préparation d'une stratégie sectorielle de santé. La mise en œuvre de la stratégie avait débuté en 2001 et visait à améliorer les indicateurs de santé du peuple camerounais. Il a demandé instamment que l'accent soit mis sur le renforcement des capacités institutionnelles et humaines indispensables à l'émergence d'un système de santé performant.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

26. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des États Membres suivants: Algérie, Botswana, Comores, Éthiopie, Mozambique, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 1^{er} septembre 2008 et a élu Président le Dr Ikililou Dhoinine, Vice-Président des Comores chargé de la Santé. Le Nigéria, le Rwanda, le Togo et la Sierra Léone n'ont pas pu prendre part à cette réunion.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

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

Président : M. Mama Fouda André
Ministre de la Santé, République du Cameroun

1^{er} Vice-Président : Dr P. D. Parirenyatwa
Ministre de la Santé, Zimbabwe

2^{ème} Vice-Président : Dr Camilo Simões Pereira
Ministre de la Santé, Guinée-Bissau

Rapporteurs : M. Khumbo Kachali, Député
Ministre de la Santé, Malawi (pour l'anglais)

Dr Dorothee Yevide
Directeur de Cabinet adjoint, Bénin (pour le français)

M. Francisco Pascual Obama Asue
Ministre de la Santé et du Bien-Être social, Guinée
équatoriale.

Adoption de l'ordre du jour

28. Le Président de la cinquante-huitième session du Comité régional, Son Excellence Mama Fouda André, Ministre de la Santé de la République du Cameroun, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC58/1) et le projet de programme de travail (*voir annexes 2 et 3*) qui ont été adoptés avec amendement. Il a été proposé d'ajouter un point à l'ordre du jour pour débattre de la stratégie mondiale pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Adoption de l'horaire de travail

29. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant: 9h00 – 12h30 et 14h00 - 17h00, pauses-café de 30 minutes comprises.

Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

30. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 États Membres suivants: Angola, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Namibie, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles et Swaziland.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2006-2007 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC58/2)

31. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a présenté le Rapport biennal 2006-2007 sur les activités de l'OMS dans la Région africaine. Le document, qui rend compte de la mise en œuvre du budget programme 2006-2007, expose les principales réalisations, les facteurs positifs et les problèmes relatifs aux 37 domaines d'activité; les progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions du Comité régional et les perspectives, et présente des tableaux récapitulatifs de la mise en œuvre du budget à la fin de l'exercice biennal.

32. Le Dr Sambo a fait savoir qu'au cours de la période biennale 2006-2007 et conformément au programme mondial de l'OMS énoncé dans le onzième Programme général de travail et dans les *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009*, le Secrétariat avait fourni un appui aux États Membres en ce qui concerne le renforcement de leurs systèmes de santé, la charge du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les questions de survie de l'enfant et de mortalité maternelle, la salubrité de l'environnement et les interventions en cas d'urgence.

33. Le Directeur régional a informé le Comité régional qu'au cours de la période biennale, il avait effectué des tournées de promotion dans 12 pays de la Région pour débattre des priorités nationales et régionales avec des chefs d'État et de gouvernement et leur demander de s'engager à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et à relever d'autres importants défis sanitaires. Ces tournées lui ont donné l'occasion d'évaluer les contributions de l'OMS en matière d'appui aux programmes nationaux de santé. En outre, il y a eu un plaidoyer pour que 2006 soit déclarée Année de l'Accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine. La collaboration s'est resserrée avec l'Union africaine, le Président de la Commission de l'Union africaine a participé à plusieurs réunions de l'OMS et l'on a tiré le meilleur parti possible des interactions avec les communautés économiques régionales.

34. Le Dr Sambo a indiqué que le Bureau régional a encore élargi et renforcé ses partenariats pour la santé. Avec la Banque africaine de Développement, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, le Fonds des Nations Unies pour la Population, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et la Banque mondiale, l'OMS a mis sur pied l'Initiative d'harmonisation pour la santé en Afrique, dont le but est d'aider les États Membres de la Région africaine à mobiliser et utiliser efficacement les investissements dans le domaine de la santé. Les activités menées dans le cadre de cette initiative se situent en droite ligne de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

35. Il a déclaré qu'en juin 2007, le Bureau régional a publié le premier *Rapport sur la santé dans la Région africaine : la santé des populations*, qui met en relief le fardeau des maladies évitables, les solutions applicables pour une intensification des

interventions de santé publique ayant fait leurs preuves, et les réalisations accomplies.

36. Il a également indiqué que le renforcement des systèmes de santé a été au coeur du Programme mondial d'action sanitaire durant l'exercice biennal. L'OMS a plaidé en faveur d'une mobilisation des ressources et fourni aux pays un appui technique qui a conduit l'Alliance GAVI à accorder à 16 d'entre eux des crédits importants pour le renforcement des systèmes de santé, la révision des politiques nationales de santé, l'élaboration de plans stratégiques nationaux de santé et l'évaluation des systèmes de santé de district. Ces actions ont également permis le renforcement des autorités de réglementation pharmaceutique dans 12 pays, la création de l'observatoire régional des ressources humaines pour la santé et la mise en place d'observatoires nationaux dans six pays. À la suite de l'adoption de la résolution AFR/RC56/R5 sur le financement de la santé, le Bureau régional a continué à aider au renforcement des capacités des pays à assurer un financement durable de la santé. Un appui a également été apporté pour la médecine traditionnelle, la sécurité transfusionnelle et les systèmes d'information sanitaire. Un premier atelier régional a été organisé sur la sécurité des patients, et un réseau régional a été mis sur pied dans ce domaine.

37. En ce qui concerne la lutte contre le VIH/sida, le Dr Sambo a déclaré que la pandémie restait un redoutable obstacle au développement économique et social en Afrique sub-saharienne, où l'on enregistre plus de 68 % des cas mondiaux d'infection à VIH et plus de 76 % des décès liés au sida. On estime à 1,7 million le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH en 2007. L'OMS a aidé 17 pays à mettre à jour leurs lignes directrices nationales pour la prise en charge des cas d'infection sexuellement transmissible. L'appui à la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH a permis de faire passer de 190 000 en 2004-2005 à 300 000 en 2006-2007 le nombre de femmes enceintes qui ont accès aux services de PTME. De même, à la fin du mois de décembre 2007, 1,9 million de personnes vivant avec le VIH/sida avaient reçu un traitement antirétroviral, soit 42 % de ceux qui en avaient besoin. Les États Membres ont continué à renforcer la mise en œuvre des activités portant à la fois sur le VIH et sur la tuberculose. La proportion moyenne des patients tuberculeux testés pour le VIH est passée de 2 % fin 2005 à 14 % à la fin de 2007. Elle a atteint 75 % dans quelques pays. Après des campagnes intensives de plaidoyer et la fourniture d'orientations techniques, l'accélération de la prévention du VIH a été

formellement inscrite au programme d'action des pays et des partenaires de développement, particulièrement ceux du système des Nations Unies.

38. Le Bureau régional a apporté un appui technique à la Commission de l'Union africaine pour l'organisation du Sommet d'Abuja de 2006 sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. À la fin de 2007, 41 pays avaient adopté le principe du traitement antipaludique fondé sur les associations thérapeutiques à base d'artémisinine. En 2006-2007, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a approuvé 27 propositions ayant une composante sur le paludisme. Plus de 33 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées, et les efforts déployés par les États Membres pour combattre le paludisme ont entraîné une réduction substantielle des taux de morbidité et de mortalité imputables à cette maladie.

39. Le Dr Sambo a ajouté que la lutte contre les autres maladies transmissibles est restée l'une des priorités de l'action de l'OMS dans la Région africaine. Le Bureau régional a évalué la mise en œuvre des interventions de lutte contre la dracunculose et certifié dix pays comme étant exempts de transmission locale de cette maladie. Entre 2005 et 2007, l'incidence annuelle de la maladie a reculé de 28 %. Les efforts déployés en vue de l'élimination de la lèpre dans les pays où l'endémie persiste ont entraîné une réduction de 30 % de la prévalence de cette maladie. À la fin de 2007, 44 pays de la Région avaient déjà atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre. La tendance à la baisse de l'incidence annuelle de la trypanosomiase humaine africaine s'est poursuivie au cours de la période biennale 2006-2007. Un groupe de 24 pays a enregistré une réduction de 69 %. Les gouvernements ont augmenté de 38 % leurs contributions au Programme africain de lutte contre l'onchocercose. En 2007, les activités de ce programme ont permis de préserver environ 960 000 années de vie corrigées de l'incapacité.

40. La bonne mise en œuvre du programme de surveillance intégré de la maladie et de riposte (SIMR) dans les pays a joué un rôle important pour détecter à temps des épidémies et les endiguer rapidement. L'OMS a également apporté un appui technique et financier pour aider les pays à organiser des séances de formation sur la grippe aviaire due à la souche virale H5N1. Il a été mis en place un partenariat pour la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international 2005* (RSI). Il s'agissait de

préparer un cadre régional, d'informer les points focaux nationaux RSI et le personnel des divisions et de mettre au point un plan régional de communication pour mener une action de plaidoyer et sensibiliser les parties prenantes. De plus, tous les 46 États Membres ont désigné des points focaux nationaux RSI.

41. Le Directeur régional a indiqué que le Programme élargi de vaccination avait enregistré des résultats significatifs dans la Région. Le taux de couverture par le vaccin DTC3 a atteint au moins 90 % dans 15 pays. Au total, 108 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole en 2006-2007. Avec une réduction de 91 % du nombre des décès imputables à la rougeole, la Région africaine a dépassé la cible fixée pour 2009 en vue de l'élimination de cette maladie. Après l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans les programmes de vaccination systématique, 22 pays ont atteint un taux de couverture d'au moins 80 % pour cet antigène. L'intensification des efforts menés pour éradiquer la poliomyélite s'est traduite par une diminution de 70 % du nombre de cas notifiés en 2007, par rapport à 2006. Quarante et un pays ont atteint en 2007 les normes de surveillance requises pour la certification de l'élimination de la paralysie flasque aiguë.

42. Le Dr Sambo a informé les délégués que la charge représentée par les maladies non transmissibles, les traumatismes, les problèmes de santé mentale et les toxicomanies, y compris le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, se faisait plus lourde dans la Région. Il a été rassemblé davantage de données factuelles sur ce phénomène en 2006-2007 grâce à des enquêtes STEP. Les résultats de ces enquêtes ont notamment mis en évidence une forte prévalence de l'hypertension artérielle et de l'hyperglycémie dans certains pays, d'où la mise en place dans quatre pays de programmes de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles. En 2007, l'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) ont organisé à Accra une conférence sur la sécurité routière. Les pays participants ont adopté les Recommandations et la Déclaration d'Accra sur la sécurité routière. Le Bureau régional a aidé des pays à élaborer différentes stratégies d'amélioration de la sécurité routière, qu'il s'agisse de l'amélioration des systèmes d'information sur le trafic, de la mise en place d'une approche multisectorielle ou de la formulation de plans stratégiques pour la sécurité routière.

43. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, le Bureau régional a accéléré ses efforts de mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). À l'échéance de décembre 2007, au total 35 pays l'avaient ratifiée. Le Bureau régional a aidé ces pays à élaborer et mettre en œuvre une législation et des plans d'action nationaux pour la lutte antitabac. Avec l'aide de l'OMS, 31 pays ont mené à bien l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. Les résultats de cette enquête montrent que 30 % à 80 % des jeunes de 13 à 15 ans sont exposés au phénomène du tabagisme passif.

44. Le Directeur régional a rappelé aux participants que la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles demeurent des défis majeurs de santé publique dans tous les pays africains. Il leur a également rappelé que la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avait adopté la stratégie relative à la survie de l'enfant, élaborée conjointement par l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS. Les efforts en vue de la mise à l'échelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant se sont poursuivis; c'est ainsi que 19 pays ont étendu cette stratégie à plus de la moitié de leurs districts de santé. À la fin de l'exercice biennal, 29 pays au total avaient élaboré des stratégies nationales concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Bureau régional a formé 37 participants de 13 pays à l'utilisation des nouvelles normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS.

45. Il a signalé qu'à la fin de 2007, 21 autres pays avaient élaboré leur feuille de route nationale en vue d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et néonatale, portant ainsi à 37 le nombre total de pays qui disposent d'une telle feuille de route. L'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS ont conjugué leurs efforts pour former des experts nationaux de huit pays afin de leur permettre de traduire les feuilles de route en plans opérationnels de district. La lutte contre le cancer du col de l'utérus a bénéficié d'un surcroît d'attention en 2006-2007. Une formation régionale à l'inspection visuelle après application de l'acide acétique et à la cryothérapie a été assurée. Par ailleurs, les pays ont reçu un appui pour élaborer des politiques et des stratégies, des normes et des directives techniques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de nutrition et de VIH, et de malnutrition sévère.

46. Le Directeur régional a rappelé que lors de la cinquante-sixième session, le Comité régional de l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC56/R4 pour relever les défis de la pauvreté liés à la santé. Lors de sa cinquante-septième session, le Comité a approuvé le document intitulé «Déterminants sociaux clés de la santé : Appel à l'action intersectorielle en vue d'améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine». Il a indiqué qu'au cours de la période biennale 2006-2007, la Région africaine avait renforcé l'inclusion des questions liées à la pauvreté et de la réflexion stratégique à long terme dans les efforts de développement nationaux et régionaux en matière de santé; facilité des programmes pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé; renforcé l'incorporation de la santé environnementale dans la mise au point de politiques et actions nationales de développement; et pris en main la morbidité et la mortalité élevées associées aux contaminants microbiens et chimiques dans les aliments. Dix pays ont finalisé leurs politiques nationales de santé et de l'environnement sur la base des directives préparées par le Bureau régional. Un appui a été apporté à plus de deux tiers des pays de la Région pour la mise en oeuvre de leurs programmes de santé environnementale. Onze municipalités de cinq pays ont élaboré des plans pour des projets de villes-santé.

47. Le Dr Sambo a indiqué que la moitié des États Membres de la Région africaine ont fait face à au moins une urgence ou une autre au cours de la période biennale. Les flambées de maladies transmissibles, les sécheresses et les inondations ont été les urgences les plus communes. En réaction, le Bureau régional a renforcé les capacités des pays à agir et a affecté des fonctionnaires internationaux expérimentés dans les pays les plus touchés, ainsi que dans les équipes d'appui interpays. Le plaidoyer et l'appui à la mobilisation des fonds en faveur des pays ont abouti à la levée de plus de US \$78 millions pour des secours d'urgence au cours de la période biennale. Des bulletins d'information de santé ont été régulièrement publiés sur des situations d'urgence et partagés avec tous les partenaires.

48. En matière de sécurité alimentaire, le Comité régional pour l'Afrique a, lors de sa cinquante-septième session, adopté la résolution AFR/RC57/R2 sur la mise en oeuvre de la stratégie régionale de sécurité alimentaire. Des pays ont reçu l'appui du Bureau régional pour la formation en sécurité alimentaire. Des flambées de maladies d'origine alimentaire telles que les empoisonnements aigus à l'aflatoxine survenus au

Kenya et les intoxications au bromure survenues en Angola, ont fait l'objet d'enquêtes avec un appui technique solide, ce qui a conduit à la mise en œuvre de mesures de contrôle appropriées. À la suite de l'atelier sur les activités du Codex, 12 pays ont mis en place ou amendé leurs politiques, plans d'action, lois et mesures d'application pour la sécurité alimentaire.

49. Le Dr Sambo a indiqué qu'en ce qui concerne l'administration et les finances, le Bureau régional a mis en œuvre les réformes contractuelles de l'OMS, ce qui a abouti à la création de 1 200 postes à durée déterminée pour remplacer les anciens postes temporaires. Pour la période biennale 2006-2007, les dépenses de l'OMS dans la Région africaine se sont élevées à US \$785,7 millions, au 31 décembre 2007, soit 82,8 % du budget approuvé. Il y a eu une nette amélioration de l'appui à la gestion budgétaire et financière, à la faveur de la consolidation de l'Unité Budget et Finances à Brazzaville, ainsi que du recrutement du personnel pour pourvoir les postes vacants. Les comptes d'avance des pays ont été reconstitués à temps grâce à l'introduction des opérations bancaires en ligne. Avec l'appui d'un auditeur consultant recruté à court terme, ainsi que du contrôleur financier nouvellement recruté, le Bureau régional a pu mettre en œuvre plus de 80 % des recommandations d'audit interne en souffrance.

50. Le Directeur régional a informé les délégués que le Bureau régional a suivi la mise en œuvre de 16 résolutions du Comité régional pour l'Afrique adoptées pendant la période 2003-2007. (Voir Partie II du présent rapport pour une présentation détaillée des mesures prises et des réalisations importantes au titre de la mise en œuvre de ces résolutions).

51. À la fin de cette présentation, les membres du Comité régional ont félicité le Directeur régional pour la qualité du rapport et son excellente conduite des questions de santé dans la Région africaine. Avant d'examiner le rapport, les États Membres ont présenté leurs condoléances au Gouvernement et au peuple de Zambie pour le décès du Président de ce pays, Son Excellence Dr Levy P. Mwanawasa, et décidé d'envoyer un message conjoint de condoléances.

52. Tout en reconnaissant la pertinence du rapport du Directeur régional, les États Membres ont fourni des informations complémentaires, partagé des expériences et

fait des observations et suggestions. Ils ont souligné les progrès accomplis par la Région africaine au cours de la période sous revue dans certains domaines importants, notamment la couverture vaccinale et les projets pilotes sur les vaccins contre le nouveau rotavirus et le papillomavirus humain (PVH); le renforcement des systèmes de santé et l'observatoire des ressources humaines. À cet égard, ils ont apprécié l'appui technique et financier fourni à tous les niveaux de l'OMS, particulièrement aux équipes d'appui interpays et aux bureaux de pays. Ils ont également reconnu l'appui apporté par les partenaires dans le contexte de la Déclaration de Paris, la collaboration renforcée entre l'OMS et l'Union africaine et l'importance du renforcement des partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies.

53. Concernant le VIH/sida et la tuberculose, les principales questions soulevées sont les suivantes : i) la nécessité d'intensifier le plaidoyer pour le renforcement des systèmes de santé en vue d'améliorer des programmes clés tels que le programme VIH, tuberculose et paludisme; ii) l'augmentation de la prévalence de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et de la tuberculose à bacilles ultra-résistants (TB-UR); iii) la nécessité pour le Secrétariat de continuer d'accorder une attention particulière au VIH, à la tuberculose et au paludisme qui ont un effet important dans la réalisation des OMD; iv) la faible couverture du traitement du VIH/sida chez les enfants; v) la pénurie fréquente des ARV dans certains pays et le manque de formes pédiatriques; vi) l'augmentation de la prévalence du VIH dans certains pays, malgré les efforts continus de prévention et de traitement, et la nécessité d'accélérer les efforts de prévention du VIH; vii) la diffusion du rapport sur la consultation des experts en circoncision masculine, tenue à Brazzaville en avril 2008. Les délégués ont exprimé la nécessité d'insister sur le rôle du DDT pour les pulvérisations intradomestiques d'insecticides à effet rémanent, demandé à l'OMS de tenir compte des opérations de biolarvicide dans la lutte contre le paludisme et conseillé que l'élimination du paludisme soit maintenue comme objectif.

54. Les délégués ont exprimé leur satisfaction pour les modestes résultats obtenus par le projet Villes-Santé et proposé son extension aux villes et villages. Les États Membres ont souligné l'importance des soins de santé primaires dans le cadre de la réalisation des OMD et insisté sur la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou comme voie à suivre. Concernant les OMD, il a été proposé de

poursuivre le débat et d'évaluer les progrès accomplis par les pays. Les États Membres ont félicité le Directeur régional pour l'organisation de la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement et souligné la nécessité d'examiner les déterminants de la santé, notamment les facteurs hors santé qui influent sur la sécurité routière. Compte tenu de l'importance des déterminants de la santé, il a été proposé qu'une partie spéciale du prochain rapport du Directeur régional soit consacrée à cette question.

55. Malgré ces résultats, il a été observé que des défis demeurent, particulièrement en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, la tuberculose à bacilles multirésistants, la mortalité maternelle et infantile, pour lesquelles davantage de ressources sont requises. Les États Membres ont particulièrement mentionné la sous-utilisation des excellentes installations de recherche et de laboratoires de la Région et recommandé que l'OMS continue d'apporter son soutien afin de maximiser l'utilisation des centres existants. Des informations et des clarifications ont été demandées par les États Membres sur le rapport régional concernant la violence et les traumatismes, la feuille de route pour la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale, et les implications en termes de ressources de la coordination des efforts sur l'harmonisation de la santé en Afrique.

56. Les États Membres ont été invités à participer à la consultation sur le cancer du col de l'utérus en septembre 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), à la Conférence des Parties à la Convention cadre pour la lutte antitabac en novembre 2008 à Durban (Afrique du Sud), à la réunion sous-régionale sur la tuberculose pharmaco-résistante en décembre 2008 au Botswana, ainsi qu'à la conférence sur l'onchocercose en décembre 2008 en Ouganda.

57. Le Directeur régional a remercié les Membres du Comité régional pour leur appréciation du travail du Secrétariat et pour leurs contributions et informations supplémentaires. Il a informé les délégués qu'une attention particulière sera accordée aux pays sortant de crise dans l'affectation des ressources et dans le plaidoyer. Tout en faisant sienne la suggestion d'utiliser au maximum certains laboratoires de la Région, il a indiqué que le Bureau régional avait entamé le processus de désignation de certains établissements comme centres d'excellence.

58. Malgré les contraintes liées à l'affectation de fonds volontaires réservés, le Directeur régional a réitéré son engagement à intensifier le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour prendre en charge les défis de santé, notamment la mortalité maternelle élevée et les maladies non transmissibles dans la Région.

59. Le Directeur général a remercié les Membres du Comité régional pour leurs interventions et leurs orientations. Elle a félicité les pays qui ont signé et ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac et salué les organes directeurs pour leur sagesse dans la décision de demander à l'OMS d'accueillir le traité. Elle a également annoncé que des discussions ont lieu avec la Fondation Bill et Melinda Gates en vue de l'augmentation des ressources pour les maladies non transmissibles. Concernant le Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, elle a indiqué que le Secrétariat examinerait les implications des recommandations et que celles-ci seraient discutées au sein du Conseil exécutif et lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Directeur général s'est félicité de la collaboration entre l'Union africaine et l'OMS et a fait référence à la réunion des directeurs régionaux de la Région africaine et de la Méditerranée orientale – deux régions faisant face aux mêmes défis. Elle a également fait référence à l'étroite collaboration entre l'OMS et les organismes des Nations Unies, telle qu'elle se reflète dans leurs efforts visant à lutter contre la crise alimentaire et le changement climatique, sous la houlette du Secrétaire général des Nations Unies.

60. Par ailleurs, le Secrétariat a conseillé aux pays de renforcer la surveillance de la multirésistance et l'extrême résistance aux médicaments anti-tuberculeux et de recourir aux pays voisins lorsque les capacités en laboratoires pour la culture et la sensibilité n'existent pas au niveau national. Les cadres mis au point par le Bureau régional en termes de multirésistance et d'extrême résistance aux médicaments et partagés avec les pays devraient servir à gérer la multirésistance et l'extrême résistance dans la Région. Les directives sur les soins pédiatriques pour le VIH et le sida seront finalisées et partagées avec les pays membres. La disponibilité accrue de nouvelles technologies pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants contribuerait à améliorer la couverture des diagnostics et du traitement pédiatrique. Les recommandations de la réunion des experts sur la circoncision masculine, organisée en avril 2008, qui ont été envoyées aux pays en juin 2008 par l'intermédiaire des bureaux pays de l'OMS, leur seront de nouveau envoyées.

61. Des clarifications ont été apportées par le Secrétariat sur les recommandations de l'OMS en matière d'utilisation des larvicides dans le cadre de la Stratégie intégrée de prise en charge des vecteurs. L'utilisation des larvicides a également été recommandée dans les étapes de pré-élimination et d'élimination, ainsi que dans certaines zones urbaines où des sites de reproduction des moustiques pourraient être facilement identifiés. Il a été noté que le rapport sur la violence et les traumatismes faisait encore l'objet d'un examen, en consultation avec l'Union africaine, et qu'il serait publié en 2009. Le Comité régional a été informé de la consultation régionale sur le cancer du col de l'utérus qui se tiendrait à Ouagadougou (Burkina Faso) du 16 au 17 septembre 2008. Des informations supplémentaires ont été données sur les projets exécutés dans les pays utilisant le vaccin contre le papillomavirus humain ; la cryothérapie et le diagnostic à l'aide de l'acide acétique.

62. Le Comité régional a adopté le rapport tel que contenu dans le document AFR/RC58/2, après incorporation des informations additionnelles et des commentaires des délégués.

INVITÉ SPÉCIAL

63. M. Per Engebak, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe, a remercié le Bureau régional de l'OMS de l'avoir invité à titre honorifique à prendre la parole à la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a déclaré que la relation entre l'UNICEF et l'OMS dans la Région africaine, la coordination de leurs activités et le développement des synergies et complémentarités n'avaient cessé de s'intensifier.

64. Il a rappelé que la priorité numéro un de l'UNICEF en Afrique était d'aider les gouvernements et leurs partenaires à faire davantage pour réduire la mortalité infantile, accélérer les activités en faveur de la survie et du développement de l'enfant, réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la femme. Il a fait observer que l'un des principaux problèmes auxquels se heurtaient actuellement les pays tenait au temps écoulé entre l'établissement des chiffres concernant la mortalité infantile et la mise en place de mesures administratives et politiques dans les pays. Peut-être l'OMS et l'UNICEF pourraient-elles collaborer sous l'égide des ministères

de la santé afin de trouver des moyens d'aider les pays à renforcer les systèmes d'enregistrement des données démographiques.

65. M. Engebak a fait observer qu'au moins quatre facteurs importants ont une influence positive en Afrique sur les tendances de la mortalité infantile, notamment l'amélioration de l'accès à de bons services de santé de base, les progrès de la lutte antipaludique, le recul du nombre de décès dus à la rougeole, ainsi que les efforts en matière de prévention du VIH, l'intensification de la PTME et la couverture des soins VIH pédiatriques.

66. Pour conclure, M. Engebak a indiqué que ces dernières années avaient vu les prémices d'une nouvelle révolution liée à l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mère en Afrique. Avec d'autres partenaires stratégiques, l'UNICEF redoublera d'efforts pour aider l'OMS et les gouvernements à trouver de meilleurs moyens de mesurer les progrès accomplis en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé.

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

67. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1^{er} septembre 2008 et a élu Président Mme Angélique Ngoma, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publiques, chargée de la Famille et de la Promotion de la Femme, Chef de délégation du Gabon.

68. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les représentants des États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, République centrafricaine, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ces pouvoirs ont été trouvés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Rwanda et la République de Swaziland n'ont pas pu assister à la réunion.

EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(document AFR/RC58/10)

69. Le Dr Victor Mukonka, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Il a indiqué que 16 membres avaient pris part aux travaux du Sous-Comité qui s'est réuni à Brazzaville du 10 au 13 Juin 2008. Il a informé le Comité régional que le Secrétariat avait dûment pris en compte les observations générales et les suggestions spécifiques faites par le Sous-Comité dans la révision des documents qui étaient maintenant présentés au Comité régional, pour approbation. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

MESURES VISANT A RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

(document AFR/RC58/3)

70. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir que l'objectif du document sur l'usage nocif de l'alcool est de donner aux États Membres des informations à jour concernant ce problème dans la Région africaine et de proposer des mesures pour s'y attaquer. La charge de morbidité imputable à l'usage nocif de l'alcool est élevée dans la Région africaine. Les pays ont signalé une augmentation de la consommation, de même que des changements dans les modes de consommation chez les adolescents. En outre, l'écart entre les hommes et les femmes dans la consommation excessive d'alcool semble se réduire, et la production et la distribution informelles et illicites de l'alcool ne sont soumises à aucun contrôle.

71. Les principaux défis identifiés ont trait à la reconnaissance insuffisante de l'ampleur des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool sur les plans physique, social et économique; au manque de mécanismes de surveillance et d'information sur une base régulière; au faible niveau des allocations budgétaires destinées aux campagnes d'information et de sensibilisation; et au nombre insuffisant des initiatives de renforcement des capacités.

72. Les mesures proposées par le document pour réduire l'usage nocif de l'alcool sont notamment : le renforcement de l'engagement politique et des partenariats; le renforcement de l'action des communautés et de la réponse du secteur de la santé; la

mise en place de systèmes d'information et de surveillance relatifs à l'alcool; le réglementation de la disponibilité et de la commercialisation de l'alcool; l'augmentation des taxes et des prix; et l'application de la législation sur la conduite en état d'ébriété.

73. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/3.

74. Les membres du Comité ont pris connaissance avec intérêt du document et félicité le Secrétariat pour la qualité et la pertinence du rapport, qui aborde la question de façon réaliste. Ils ont fait observer que l'usage nocif de l'alcool devenait peu à peu un problème de santé publique majeur dans la Région, conditionné par des facteurs sociaux, culturels et économiques profondément enracinés. L'augmentation signalée de la consommation d'alcool chez les adolescents et les femmes est particulièrement préoccupante, en raison de ses énormes répercussions.

75. Plusieurs pays ont donné des détails sur les approches qu'ils ont adoptées face au problème de santé publique que représente l'usage nocif de l'alcool, notamment la préparation de plans d'action nationaux, l'organisation de campagnes de santé publique, par exemple à l'occasion de mois spéciaux consacrés au problème de l'alcoolisme et des toxicomanies et, enfin, la mise sur pied de programmes à l'intention des jeunes. De l'avis général, la riposte au problème a été jusqu'ici insuffisante, les campagnes ont été circonscrites aux zones urbaines et trop peu de ressources ont été affectées aux actions de lutte, même lorsque des taxes et prix spéciaux étaient imposés pour les boissons alcooliques.

76. Les délégués ont insisté sur la nécessité de susciter un engagement politique plus ferme, de formuler des politiques et textes législatifs appropriés concernant les boissons alcooliques produites localement ou illégalement, d'assurer la participation de tous les secteurs concernés, de renforcer les capacités, d'organiser des campagnes à l'intention du grand public ainsi que des programmes ciblant les jeunes et les femmes, de mettre sur pied des services de réadaptation et d'accroître les ressources financières. Il a été souligné que, même si des moyens financiers nouveaux étaient nécessaires, il ne fallait pas encourager la création d'un fonds spécial pour la lutte contre les problèmes liés à l'alcool et ce, pour plusieurs raisons. L'OMS a été invitée à

intensifier son action de plaider en faveur d'un accroissement des ressources financières et à apporter un appui technique aux pays pour le renforcement des capacités et la détection précoce et la prise en charge des problèmes.

77. Le Secrétariat a remercié les délégués d'avoir fait part de leurs expériences dans ce domaine et formulé des suggestions visant à améliorer le document. Il a été indiqué que la réglementation et les mesures d'ordre politique restent le meilleur moyen de s'attaquer au problème de l'alcool, problème qu'il faut aborder dans le cadre d'une approche intégrée de la lutte contre les maladies non transmissibles. Le Secrétariat a fait savoir qu'un processus consultatif serait engagé entre les États Membres et les bureaux régionaux de l'OMS pour élaborer des stratégies régionales et une stratégie mondiale de lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Le Directeur régional a instamment invité les États Membres à participer activement à l'Enquête mondiale sur l'alcool et la santé afin de planifier, puis de mettre en œuvre des programmes fondés sur des bases factuelles et mettre sur pied dans les pays des systèmes de surveillance, de contrôle et d'évaluation des problèmes liés à l'alcool.

78. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC58/3 sur les mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LE CANCER : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC58/4)

79. En présentant le document, le Président du Sous-Comité du Programme a fait remarquer que l'on disposait de très peu d'informations sur le fardeau et les caractéristiques du cancer dans la Région. En 2002, Globocan a enregistré 582 000 cas de cancer en Afrique, chiffre qui devrait doubler au cours des deux prochaines décennies si les interventions ne sont pas intensifiées et renforcées. Les principaux facteurs sont les agents infectieux, le tabac, l'usage de l'alcool, la mauvaise qualité des régimes alimentaires, l'insuffisance de l'activité physique et la pollution de l'environnement. La plupart des patients n'ont pas accès aux services de lutte anticancéreuse, qui traitent essentiellement les cancers ayant déjà atteint un stade avancé. Bon nombre de patients sont évacués à l'étranger, ce qui coûte très cher. Le fardeau du cancer et ses facteurs de risque sont en augmentation dans la Région, mais les moyens investis dans la prévention de cette maladie sont insignifiants. Les

systemes de santé ne sont pas bien préparés pour affronter la menace que constitue le cancer.

80. Le document propose des interventions prioritaires telles que les politiques de prévention et de lutte contre le cancer; la législation; le renforcement des capacités et la promotion de la santé; les programmes nationaux complets de prévention et de lutte anticancéreuse; la mobilisation et l'allocation des ressources; les partenariats et la coordination; l'information stratégique; la surveillance et la recherche.

81. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/4.

82. Les membres du Comité régional ont pris connaissance avec intérêt de la stratégie et ont fait part de leur expérience en matière de prévention du cancer et de lutte anticancéreuse, notamment l'élaboration de plans dans ce domaine, l'introduction de moyens de dépistage dans les services de soins de santé primaires et la mise sur pied de registres du cancer. Les délégués ont exprimé leur préoccupation face au manque général de services de prévention et traitement anticancéreux, de services de soins palliatifs, de ressources humaines qualifiées; à la difficulté de trouver des médicaments anticancéreux à des prix abordables; et au coût élevé des traitements anticancéreux dispensés à l'étranger. Ils ont également souligné l'importance des systèmes de surveillance des facteurs de risque, de la création de registres du cancer et de la promotion de modes de vie sains. Vu la pénurie de ressources humaines qualifiées, les délégués ont estimé qu'il fallait former des agents de santé de niveau intermédiaire à la prévention du cancer et à la lutte anticancéreuse.

83. Les délégués ont demandé que des vaccins comme le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et le vaccin anti-hépatite B soient plus largement disponibles et utilisés, et ils ont souligné la nécessité d'intégrer la lutte anticancéreuse dans les programmes en cours qui disposent déjà de ressources, par exemple santé génésique et VIH/sida.

84. Les délégués ont demandé à l'OMS d'intensifier son action de plaider en faveur de la mobilisation de ressources et de fournir un appui technique aux pays

pour qu'ils élaborent des politiques, stratégies et plans qui déboucheront sur des programmes nationaux de lutte anticancéreuse. Il faudrait renforcer les centres sous-régionaux d'excellence et veiller à ce qu'ils soient bien utilisés.

85. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité régional de leurs observations et suggestions utiles et indiqué qu'elles seraient prises en compte pour la finalisation du document. Des détails ont été donnés aux délégués sur la consultation régionale prévue prochainement sur la lutte contre le cancer du col de l'utérus, au cours de laquelle seront examinés les aspects techniques et stratégiques de l'introduction du vaccin VPH dans les États Membres. Le Comité régional a été informé que la stratégie était conforme au plan d'action mondial contre les maladies transmissibles récemment adopté par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008. Ce plan d'action, doté de six objectifs, donne des orientations concernant les activités intégrées de prévention et de lutte contre le cancer et d'autres maladies non transmissibles, en encourageant les approches inter-sectorielles et multi-sectorielles. Les États Membres ont été invités à mettre en œuvre le plan d'action relatif aux maladies non transmissibles.

86. Le Comité régional a adopté avec les amendements le document AFR/RC58/4 intitulé «Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS».

SANTÉ DE LA FEMME DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : APPEL À L'ACTION (document AFR/RC58/5)

87. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir que le document insiste sur la nécessité pour les femmes de jouir d'un état de bien-être complet physique, mental et social pour s'acquitter de leurs nombreuses responsabilités. En effet, cela a été affirmé lors de la Décennie des Nations Unies pour la Femme (1975–1985) et lors de différentes rencontres internationales sur la population et le développement.

88. Malheureusement, la majorité des femmes africaines ignorent encore qu'elles ont droit à la santé, à l'éducation et à la vie, alors qu'elles continuent à subir des discriminations socioculturelles; des pratiques traditionnelles néfastes telles que les

mutilations génitales féminines (MGF); des violences à l'égard des femmes; des tabous alimentaires; des mariages forcés; et des grossesses précoces, non désirées et trop nombreuses. Tous ces problèmes, ajoutés à la faiblesse des systèmes de santé, sont à l'origine de la forte mortalité maternelle qui prévaut en Afrique subsaharienne.

89. Le document indique que très peu de pays ont élaboré des politiques et des programmes spécifiques sur la santé de la femme: 57 % des femmes n'ont pas accès à une assistance qualifiée pendant l'accouchement; les progrès vers l'élimination des mutilations génitales féminines restent lents dans plusieurs pays, et pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance est de 51 ans seulement. Les priorités concurrentes, la pauvreté, les conflits récurrents et les incompréhensions concernant le rôle de la femme entravent l'allocation de ressources adéquates pour la santé de la femme.

90. Les mesures proposées pour améliorer la santé de la femme sont notamment : la formulation ou la révision des politiques et programmes nationaux basés sur les profils nationaux de la santé de la femme; l'intensification des interventions essentielles relatives à la santé de la femme; le renforcement des capacités des femmes, des familles et des communautés; la constitution d'équipes multidisciplinaires composées de spécialistes de la santé, du genre et des droits de l'homme; l'élaboration d'un plan intégré de communication; et la mobilisation de ressources suffisantes pour la mise en œuvre effective des interventions essentielles relatives à la santé de la femme.

91. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir que les membres du Sous-Comité du Programme avaient approuvé la proposition du Directeur régional de créer une commission sur la santé de la femme dans la Région africaine. Cette commission sera chargée, entre autres choses, d'analyser la situation de la femme en Afrique, d'identifier les déterminants, et de recueillir des informations factuelles pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

92. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/5 et du projet de résolution AFR/RC58/WP/1 s'y rapportant.

93. Les délégués ont dit être conscients de l'importance de la santé de la femme pour le développement social et économique des pays. Lorsqu'ils ont fait part de leurs expériences dans ce domaine, les pays ont réitéré l'importance de l'engagement politique, de l'autonomisation économique des femmes, de la coordination des initiatives en cours, de la mise en place de services adaptés aux besoins des jeunes, de services pour femmes du troisième âge, de services gratuits de santé génésique pour les femmes et les enfants, de l'implication de la famille et des communautés, en particulier des hommes, et de l'adoption de mesures visant à améliorer les capacités des ressources humaines, en particulier aux niveaux périphériques. Ils ont fait observer que, même si plusieurs pays s'étaient dotés d'un ministère de la condition féminine, la collaboration entre ce ministère et le ministère de la santé est inefficace. Les États Membres ont été encouragés à améliorer cette collaboration et à obtenir la participation de tous les acteurs concernés.

94. Le Comité régional a demandé au Secrétariat d'œuvrer en étroite collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et des partenaires pour apporter un appui technique aux pays afin qu'ils puissent intégrer les questions relatives à la santé de la femme dans les programmes concernés. Le Comité régional a aussi demandé des clarifications sur le choix de la date du 4 septembre comme Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine et sur l'implication d'établir une commission pour la santé de la femme dans la Région africaine.

95. Pour préciser certains points, le Secrétariat a indiqué que la commission régionale pour la santé de la femme qu'il est envisagé de créer dans la Région africaine aidera à analyser la situation relative à la santé de la femme en Afrique, à repérer les déterminants et à rassembler des données fondées sur des bases factuelles pour l'action de plaidoyer et la mobilisation de ressources. Il a été proposé de célébrer la Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine le 4 septembre en référence à la date de l'adoption en 2003 de la résolution AFR/RC53/R4 sur la «Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine». Le Secrétariat a informé les délégués qu'un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS en faveur des femmes serait soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2009.

96. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC58/5 et la résolution AFR/RC58/R1 s'y rapportant.

RENFORCEMENT DES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : UNE EXIGENCE CRUCIALE DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE (document AFR/RC58/6)

97. En présentant le document, le Président du Sous-Comité du Programme a fait remarquer que les laboratoires jouent un rôle déterminant dans les programmes de prévention et de lutte contre la maladie, car ils fournissent en temps voulu les informations exactes nécessaires pour la prise en charge des patients et la surveillance de la maladie. En ce qui concerne la prise en charge des cas, la prévention et la lutte contre la maladie, les laboratoires ont été classés en deux grandes catégories : les laboratoires de santé publique et les laboratoires cliniques.

98. Il a fait remarquer que dans la Région africaine, la situation des services de laboratoire se caractérise par l'insuffisance des effectifs, des équipements et des fournitures. Malgré les progrès réalisés et les efforts déployés pour renforcer les capacités des laboratoires dans la Région, il subsiste des préoccupations et des défis, à savoir : la faible priorité accordée par les pays aux services de laboratoire; l'absence de politiques et de stratégies nationales concernant les services de laboratoire; l'insuffisance des financements; l'inadéquation de la formation dispensée au personnel de laboratoire; la faiblesse de l'infrastructure des laboratoires; la vétusté ou le mauvais entretien des équipements; l'absence de réactifs et de produits consommables essentiels; la faiblesse des protocoles d'assurance et de contrôle de la qualité; et l'inadéquation des équipements et des directives de sécurité et de sécurité biologique.

99. Les mesures proposées comprennent l'élaboration de politiques nationales complètes en matière de laboratoires et la formulation de plans stratégiques nationaux; la mise en place et le renforcement d'un leadership national dans le domaine des laboratoires, des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits destinés aux laboratoires de santé publique; le suivi et l'évaluation; la formation continue du personnel et l'extension des systèmes d'information sur les laboratoires; l'amélioration des systèmes d'assurance de la qualité des laboratoires de santé publique; la maintenance des équipements; et le financement accru des services des laboratoires de santé publique.

100. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/6 et du projet de résolution AFR/RC58/WP/2 y afférent.

101. Le Comité régional a pris connaissance avec intérêt du document et félicité le Secrétariat de la qualité du rapport, qui traite d'un sujet important. La plupart des pays sont conscients du rôle essentiel que jouent les laboratoires dans la lutte contre la maladie. Les membres du Comité régional ont insisté sur le fait qu'un certain nombre de pays ne disposaient pas de laboratoires de santé publique; là où des laboratoires existent, ils n'ont pas les moyens financiers nécessaires, de sorte qu'ils dépendent de services extérieurs pour la détection en laboratoire des flambées de maladie.

102. Les membres du Comité régional ont partagé les expériences de leurs pays respectifs sur la situation et ont fait un bilan de l'état actuel des laboratoires de santé publique. La majorité d'entre eux ont souligné la nécessité d'élaborer des politiques nationales concernant les laboratoires, de renforcer la formation initiale et la formation en cours d'emploi des personnels de laboratoire, d'investir dans l'équipement et la maintenance des laboratoires, et d'utiliser les réseaux de laboratoires régionaux et sous-régionaux pour aider les pays aux capacités de laboratoire limitées. Les pays ont demandé un appui à l'OMS en vue de la création de centres régionaux de laboratoires d'excellence et de laboratoires de contrôle des denrées alimentaires et des médicaments.

103. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité régional de leurs observations et du partage de leurs expériences et a promis d'intégrer les suggestions faites pour améliorer le document. Le Comité régional a adopté avec amendements le document AFR/RC58/6 et la résolution AFR/RC58/R2 y afférente.

TROUBLES DUS A UNE CARENCE EN IODE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC58/7)

104. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir que l'expression «*Troubles dus à une carence en iode*» (TDCI) se rapporte à un large éventail de problèmes de santé liés à une carence en iode dans une population donnée. La carence en iode est provoquée par une faible consommation d'iode. Ces problèmes, au nombre desquels figurent le goitre, les mortinaissances, les retards de croissance (crétinisme), l'insuffisance thyroïdienne et les déficiences mentales, peuvent être évités par une consommation adéquate d'iode. Les femmes enceintes et les jeunes enfants vivant dans les zones touchées par les TDCI sont particulièrement exposés. Dans les zones où la carence en iode est sévère, le crétinisme touche 5 à 15 % de la population.

105. Il a ajouté que le document cite des données provenant de la base de données mondiale de l'OMS sur la carence en iode, qui montrent qu'en 2004, sur les 54 pays du monde ayant des populations qui ne consomment pas suffisamment d'iode, 14 se trouvent dans la Région africaine. Malgré les progrès réalisés en Afrique par les programmes de lutte contre les carences en iode, la Région reste confrontée à un certain nombre de défis, à savoir : assurer la viabilité à long terme des programmes d'iodation du sel et approvisionner en sel iodé l'ensemble des communautés visées.

106. Le document appelle à la promulgation et à l'application des règlements sur l'iodation du sel, l'actualisation des politiques qui définissent clairement les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes, la mobilisation du soutien politique, le renforcement des actions de sensibilisation nécessaires auprès des responsables de premier plan aux niveaux national et international, et la mobilisation de la communauté internationale et des autorités chargées de la santé publique afin que l'élimination des troubles dus à une carence en iode reste une priorité majeure de santé publique aux niveaux international et national.

107. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/7.

108. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la clarté de son document qui traite d'une question pertinente pour la Région africaine et s'est réjoui du regain d'intérêt qu'elle suscite. Les délégués ont fait part des expériences de leurs pays respectifs des enjeux, défis et succès de la lutte contre les TDCI.

109. Bien qu'un grand nombre de pays aient commencé à mettre en place des interventions en vue de l'iodation universelle du sel, seul le Nigéria a été certifié comme ayant une couverture suffisante. Les principaux enjeux et défis auxquels les pays font face sont les suivants : insuffisance de la réglementation et des moyens de l'appliquer; capacité insuffisante en matière de formation; manque de collaboration transfrontalière; faible capacité de contrôle de la production, de la distribution, de la commercialisation et de la qualité du sel; et manque de prise de conscience et de connaissances.

110. Le Secrétariat a remercié le Comité régional pour ses commentaires et observations qui seront pris en compte pour la finalisation du document. Les membres du Comité ont reçu l'assurance que des efforts seraient déployés pour améliorer la diffusion de l'information sur les TDCI aux pays et aux parties prenantes, pour aider les pays à renforcer leurs capacités et pour fournir l'assistance technique nécessaire au renforcement des interventions de lutte contre les TDCI et au maintien des acquis. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC58/7.

SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ EN AFRIQUE : ENJEUX ET SOLUTIONS (document AFR/RC58/8)

111. En présentant le document, le Président du Sous-Comité du Programme a défini la sécurité des patients comme étant un type de processus ou de structure permettant de réduire la probabilité des effets indésirables dus à l'exposition au système des soins de santé.

112. Il a fait remarquer que dans la Région africaine, l'appréciation de l'ampleur des problèmes liés à la sécurité des patients est entravée par l'insuffisance des données. Toutefois, les études sur la prévalence des infections associées aux soins de santé dans les hôpitaux, menées dans certains pays africains, signalent des taux d'infection pouvant atteindre 18,9 %, et notent que les patients qui subissent des interventions

chirurgicales sont les plus fréquemment touchés. La plupart des pays n'ont pas de politique nationale en matière de sécurité des pratiques de soins de santé, les financements sont inadéquats et les systèmes d'appui essentiels sont inexistantes. La faiblesse des systèmes de prestation des soins de santé, notamment la vétusté des infrastructures, les capacités limitées en matière de prise en charge et le sous-équipement des formations sanitaires, ont contribué à accroître la probabilité des événements indésirables.

113. Les mesures proposées pour améliorer la sécurité des patients sont notamment l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des normes nationales concernant la sécurité des patients; la mesure de l'ampleur des problèmes; l'amélioration de la base des connaissances et l'apprentissage dans le domaine de la sécurité des patients; la sensibilisation et l'implication de la société civile; la réduction au minimum des infections associées aux soins de santé; la promotion des partenariats; la fourniture de financements suffisants; et le renforcement de la surveillance et des capacités de recherche.

114. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/8.

115. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour avoir préparé un document sur une question aussi importante pour la Région africaine. Les membres du Comité régional ont indiqué que malgré l'importance de la question, on manquait généralement d'informations sur la situation relative à la sécurité des patients dans la Région et qu'il était donc nécessaire de mener des recherches pour établir l'ampleur du problème dans les pays. Il convenait également de disposer de systèmes de santé solidement implantés pour tenir compte des questions de sécurité des patients et de sécurité du personnel de santé.

116. Les délégués ont fait part des expériences de leurs pays respectifs en matière de renforcement de la sécurité des patients et se sont dit prêts à échanger leurs meilleures pratiques. Ils ont réclamé un financement accru et dit qu'il était nécessaire de traiter des questions de sécurité des patients telles la gestion des déchets liés aux soins de santé, l'amélioration des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la disponibilité et le stockage des médicaments, la satisfaction des

patients, et la maintenance des matériels et appareils médicaux. En outre, les pays ont demandé que les personnels de santé soient sensibilisés et formés à la pratique de mesures simples de prévention comme se laver les mains. Ils ont également déclaré qu'il faudrait envisager la sécurité des personnels de santé dans le cadre des questions relatives à la sécurité des patients.

117. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité régional pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour améliorer le document. Le Secrétariat a demandé instamment aux États Membres de renforcer la mise en œuvre de la résolution WHA55.18.

118. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC58/8.

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : POINT DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC58/9)

119. Le Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir qu'en 1998, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avait adopté une stratégie régionale décennale (1999–2008) pour la santé bucco-dentaire. Cette stratégie met l'accent sur les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves de la Région et définit cinq axes prioritaires, à savoir: l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales; l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les programmes de santé; la prestation de services; une approche régionale de l'éducation et de la formation et l'élaboration d'un système d'information pour la gestion de la santé bucco-dentaire.

120. Depuis l'adoption de la stratégie régionale, des progrès notables ont été réalisés par les États Membres. Toutefois, de nombreux problèmes et défis persistent, qui sont liés aux programmes de santé bucco-dentaire; aux services de soins de santé bucco-dentaire; aux soins dentaires préventifs et conservateurs; à l'insuffisance des infrastructures et des équipements; à la faiblesse et à l'insuffisance des ressources; et à la formation des agents de santé. En outre, les systèmes nationaux d'information sanitaire présentent des faiblesses, d'où l'absence de données fiables et d'une recherche opérationnelle spécifique sur la santé bucco-dentaire.

121. Le document recommande d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale en adoptant les mesures suivantes : renforcement de l'engagement politique et coordination nationale des programmes de santé bucco-dentaire; élaboration et mise en oeuvre des programmes de promotion; accroissement des allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte contre les affections bucco-dentaires; investissement dans le renforcement des capacités appropriées; élaboration et renforcement des systèmes de surveillance; promotion de la recherche dans le but de fournir des données factuelles sur le rapport coût/efficacité des interventions de santé bucco-dentaire; et renforcement des partenariats.

122. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC58/9.

123. Les membres du Comité régional ont félicité le Secrétariat pour son document très instructif et pour les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire. Ils ont reconnu l'impact sur la santé publique des affections bucco-dentaires, notamment chez les enfants, et fait part de leurs expériences relatives à la mise en oeuvre des politiques et programmes de santé bucco-dentaire. Ils ont noté qu'en général les programmes de santé bucco-dentaire ne bénéficiaient pas d'un financement suffisant et qu'ils n'étaient pas intégrés dans d'autres programmes de santé publique. Le Comité régional a mis en lumière les questions relatives à l'insuffisance des ressources humaines, des équipements et des infrastructures, au manque de décentralisation des services vers le niveau des districts et à la participation insuffisante des responsables de la santé bucco-dentaire à la planification et à l'élaboration des programmes de santé.

124. Le Comité régional a recommandé de mettre spécialement l'accent sur la prévention et la prise en charge du noma; de souligner l'importance d'intégrer la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires; de renforcer le suivi et l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire; et de souligner la corrélation entre les affections bucco-dentaires et les maladies chroniques.

125. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité régional pour leurs commentaires et suggestions qui seront pris en compte pour la finalisation du

document. Les membres du Comité régional ont été exhortés à renforcer la mise en œuvre des interventions de santé bucco-dentaire, notamment les stratégies figurant dans la résolution WHA60.17, et à intégrer la santé bucco-dentaire dans les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.

126. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC58/9.

ENTÉRINEMENT DE LA DÉCLARATION DE OUGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE (document AFR/RC58/11)

127. Le Comité régional a entériné par acclamation la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, et a adopté la résolution AFR/RC58/R3 y afférente.

DOCUMENTS D'INFORMATION

128. Le Comité régional a pris note des divers documents d'information présentés : Prévention accélérée de la prévention du VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC1); Initiative en faveur des pays et renforcement des bureaux de pays l'OMS : Point de la situation (document AFR/RC58/INF.DOC2); Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Implications pour la Région africaine (document AFR/RC58/INF.DOC3); Rapport annuel sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC58/INF.DOC4); Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC5); et Harmonisation pour la santé en Afrique : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC6). Des réserves ont été formulées sur l'inclusion, à titre de suivi, du document intitulé «Intensification des services de circoncision masculine» dans le document d'information AFR/RC58/INF.DOC/1 parce que le rapport de la consultation régionale des experts sur la circoncision masculine, tenue en avril 2008, n'avait pas été pleinement discuté par le Comité régional. En réponse, le Directeur régional a informé les délégués que les recommandations de cette consultation ont déjà été envoyées aux États Membres et

que le rapport final qui est en cours de finalisation sera soumis au Comité régional, pour délibération.

GROUPE DE TRAVAIL INTERGOUVERNEMENTAL (GTIG) SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, L'INNOVATION ET LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET SUIVI DE LA RÉOLUTION WHA61.21 (document AFR/RC58/22)

129. Le Comité régional a par ailleurs pris note du document d'information supplémentaire AFR/RC58/22 relatif au Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et au suivi de la résolution WHA61.21. Il a été suggéré non seulement de ne pas limiter à ladite résolution la teneur du document, mais également de tenir compte des résolutions antérieures et d'inclure un rapport sur les progrès accomplis par les États Membres. La nécessité d'assurer des synergies avec la Déclaration d'Alger et le Plan de l'Union africaine pour la production pharmaceutique a été soulignée. Le Comité régional a proposé l'inscription de la question à l'ordre du jour de sa prochaine session et des sessions ultérieures.

DISCUSSIONS DE GROUPE

130. Quatre discussions de groupe se sont tenues parallèlement au cours de la session du Comité régional. Elles ont porté sur le partage des meilleures pratiques concernant : l'intensification des interventions liées à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale; la prévention et la lutte antipaludique; la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida; et l'amélioration de la couverture vaccinale systématique. Les rapports des discussions de groupe sont joints à l'annexe 5.

ENTÉRINEMENT DE LA DÉCLARATION D'ALGER SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC58/12)

131. M. Mama Fouda André, Ministre de la Santé du Cameroun et Président de la cinquante-huitième session, a rappelé l'adoption de la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine en juin 2008 et a donc invité le Comité régional à l'entériner.

132. Certains délégués ont proposé des amendements pour améliorer la Déclaration. Le Directeur régional a rappelé aux délégués que la Déclaration avait déjà été adoptée par les Ministres de la Santé.

133. Le Comité régional a entériné la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine et a convenu de prendre note des suggestions faites sur la Déclaration.

BUDGET PROGRAMME 2006-2007 : APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION

(document AFR/RC58/13)

134. Le Dr Anne Marie Worning, Directeur du Département Planification, Coordination des Ressources et Suivi de la Performance au Siège de l'OMS, a présenté le rapport sur l'exécution du budget programme 2006-2007. Elle a indiqué que l'appréciation de l'exécution du budget programme est un élément clé du cadre de fonctionnement général de l'OMS et l'expression tangible de l'engagement du Secrétariat en matière de transparence et d'obligation de rendre compte. Il s'agit d'une évaluation effectuée à la fin de la période budgétaire biennale, et elle a servi à apprécier la performance du Secrétariat dans l'atteinte des résultats attendus à l'échelle de l'Organisation, tels que définis dans le budget programme 2006-2007 dont le Secrétariat assume l'entière responsabilité. En plus, le document a identifié les principaux projets réalisés par les États Membres et la contribution du Secrétariat à la réalisation des objectifs de l'OMS fixés dans le budget programme 2006-2007.

135. Ces résultats ont également guidé l'élaboration des plans opérationnels 2008-2009 à tous les niveaux de l'Organisation et du budget programme 2010-2011. Le Dr Worning a informé le Comité régional que le rapport a été examiné lors de la 8^{ème} réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration de l'Assemblée mondiale en mai 2008 et qu'il devait être discuté à toutes les sessions des comités régionaux de l'OMS prévues entre septembre et octobre 2008. La synthèse des observations des comités régionaux et le rapport 2006-2007 complet seront présentés à la session du Conseil exécutif de janvier 2009.

136. Le Dr Worning a indiqué que sur les 201 résultats attendus à l'échelle de l'Organisation (OWER), au titre du budget programme 2006-2007, 111 ont été

entièrement réalisés (56 %), 79 ont été partiellement réalisés (38 %), 1 a été abandonné (0,5 %) et 2 ont été reportés (1 %). Les données n'étaient pas suffisantes pour déterminer le degré de réalisation de 8 (4 %) résultats attendus. Les principales raisons avancées pour la «réalisation partielle» des OWER sont les défis du renforcement des capacités d'appui aux pays, le manque d'alignement et de régularité des flux de ressources, et l'absence d'information en temps réel sur les résultats financiers et techniques pour faciliter la mise en œuvre précoce des mesures correctives. Pour ce qui est de l'exécution globale du budget et des aspects financiers, le budget total s'élevait à US \$3 670 millions, les ressources financières effectivement mises à la disposition de l'Organisation à US \$4 257 millions, et les dépenses effectuées à US \$3 098 millions, soit 84 % du budget programme. Un report de US \$1 600 millions était disponible pour commencer l'exécution du budget programme 2008-2009.

137. Le Dr Worning a fait observer que le rapport soumis par le Directeur régional au Comité régional présentait les résultats détaillés obtenus. Elle a également signalé que les principales leçons apprises au cours de la mise en œuvre avaient notamment trait à la nécessité de renforcer continuellement les processus gestionnaires de l'OMS de façon globale, en particulier pour ce qui est du suivi et de l'évaluation, et d'intégrer ces fonctions dans la mise en œuvre quotidienne des programmes et dans la prise de décisions. Pour renforcer les capacités dans le domaine de la mise en œuvre des programmes, il est nécessaire de s'attaquer à un certain nombre de défis d'ordre opérationnel et gestionnaire, notamment pour ce qui est de l'alignement de l'acheminement des fonds sur les plans d'action, de l'intensification des interventions au niveau des pays, de la rationalisation de la gestion des ressources humaines, et de la flexibilité des contributions volontaires.

138. Le Comité régional a pris note du rapport sur le budget programme 2006-2007 : Appréciation de l'exécution (document AFR/RC58/13).

PROJET DE BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2010 – 2011

(document AFR/RC58/14)

139. Le projet de budget programme 2010-2011 a été présenté au Comité régional par le Dr Anne Marie Worning, Directeur, Département Planification, Coordination des

Ressources et Suivi de la Performance (PRP) au Siège de l'OMS, pour examen et observations, avant sa présentation au Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, puis à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009. Le Dr Anne Marie Worning a indiqué que le projet de budget programme 2010-2011 présente les résultats escomptés et les besoins budgétaires pour l'exercice 2010-2011 dans le contexte plus large du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation, couvrant la période de six ans 2008-2013.

140. Le Dr Worning a informé le Comité régional que le Secrétariat a examiné les déclarations sur tous les objectifs stratégiques tels qu'ils figurent dans le Plan stratégique à moyen terme approuvé. Des résultats supplémentaires parmi ceux escomptés à l'échelle de l'Organisation n'ont été ajoutés que lorsque des compléments se justifiaient quant aux approches stratégiques. L'ensemble des indicateurs pour tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ont également été soigneusement et systématiquement révisés, dans le but d'améliorer la clarté et de faciliter l'évaluation et l'établissement de rapports.

141. Le Dr Worning a indiqué que depuis que le Plan stratégique à moyen terme a défini les orientations stratégiques de l'OMS pour 2008-2013, les résultats attendus à l'échelle de l'Organisation pour 2010-2011 sont largement restés les mêmes que ceux de la période biennale 2008-2009. Toutefois, certains changements dans les priorités ont été apportés au budget programme 2010-2011 pour tenir compte de l'évolution de la situation sanitaire mondiale et des changements correspondants dans les activités de l'OMS. Ainsi par exemple, un nouveau résultat escompté à l'échelle de l'Organisation sur le changement climatique et ses effets sur la santé mondiale a été inclus dans l'objectif stratégique 8, et la sécurité des patients a été intégrée à l'objectif stratégique 10. De nouveaux résultats attendus à l'échelle de l'Organisation ont également été ajoutés aux objectifs stratégiques 1 et 5 pour mieux cerner les activités liées à la riposte en cas de flambées et de situations d'urgence.

142. Le Dr Worning a indiqué que le projet de budget programme 2010-2011 a été présenté en trois segments – programmes de l'OMS, partenariats et accords de collaboration, et interventions en cas de flambées et de situations d'urgence. Bien que le segment programmes de l'OMS n'ait pas changé en valeur nominale entre

l'exercice 2008-2009 et l'exercice 2010-2011, certains ajustements ont été apportés entre les objectifs stratégiques afin de tenir compte de l'importance accrue accordée aux points suivants :

- a) Les objectifs stratégiques 3 et 6, du fait de l'approbation par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé du plan d'action concernant la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles;
- b) L'objectif stratégique 7, pour donner suite aux recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé;
- c) L'objectif stratégique 8, afin de tenir compte de l'importance accrue accordée au changement climatique;
- d) L'objectif stratégique 10, à l'appui des efforts déployés par l'OMS pour revitaliser les soins de santé primaires, qui constituent le thème du *Rapport sur la santé dans le monde 2008*;
- e) L'objectif stratégique 11, pour appuyer la présélection et le contrôle de la qualité des médicaments;
- f) L'objectif stratégique 12, pour tenir compte du nombre accru de réunions des organes directeurs et de la présence accrue de l'OMS dans les pays.

143. Le Dr Worning a informé le Comité régional que, conformément à la stratégie de l'Organisation visant à renforcer l'appui de première ligne fourni aux pays par un appui suffisant aux niveaux régional et mondial, l'essentiel du budget programme sera consacré aux régions et aux pays, tout en maintenant les fonctions du Siège. À cet égard, le principe «70 %-30 % » continue de guider la répartition générale des ressources entre les régions/pays et le Siège, étant entendu qu'il y aura des variations entre les objectifs stratégiques et les programmes sous-jacents, en fonction de la nature des programmes concernés.

144. Elle a indiqué que la répartition du budget entre les régions reste inchangée pour le segment programmes de l'OMS et continue de tenir compte des besoins

régionaux, dans la limite des fourchettes du dispositif de validation de l'affectation stratégique des ressources, examiné par le Conseil exécutif. Le budget continuera à être financé par les contributions fixées et volontaires, et le suivi sera amélioré par l'utilisation d'un ensemble d'indicateurs affinés pour tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Elle a fait observer que même si le budget de l'OMS est présenté et calculé en dollars des États-Unis, 41 % des recettes seulement ont été reçues en dollars des États-Unis, le solde de 59 % l'étant dans d'autres monnaies. Le mélange des monnaies, tant dans les recettes et que dans les dépenses, a suscité des incertitudes et posé un défi majeur en termes de gestion financière. L'on a estimé qu'un montant de US \$301 millions était requis pour s'assurer que les dépenses en monnaies locales, en valeur absolue, pouvaient être supportées à l'échelle de l'Organisation, conformément au budget de la période biennale 2008-2009.

145. Le Comité régional s'est félicité du document et a fait observer que la répartition du budget global ne tient pas compte des préoccupations régionales au sujet des objectifs stratégiques relatifs à la santé maternelle et infantile, et aux maladies non transmissibles. Les délégués ont exprimé des préoccupations concernant les indicateurs de l'objectif stratégique 6 sur le tabac (indicateurs 3.6.5, 6.3.2 et 6.3.3) et ont souligné la nécessité de s'assurer que la Convention-cadre pour la lutte antitabac est le document fondamental pour la lutte antitabac. S'agissant des autres indicateurs, les délégués ont demandé la suppression de la référence à la source de ces indicateurs. Les délégués ont également demandé des éclaircissements sur la contradiction apparente entre le manque de ressources au niveau des pays pour appuyer la mise en œuvre des programmes et le report d'un montant de US \$1,6 milliard de l'exercice biennal précédent.

146. Le Secrétariat a remercié les membres du Comité régional pour leurs précieuses contributions et propositions qui seront prises en considération dans la révision des projets de documents. Il a fourni des éclaircissements sur les processus de préparation du budget programme. Les préoccupations spécifiques de la Région africaine exprimées par les délégués seraient apaisées dans le cadre des orientations régionales pour le budget programme 2010-2011. En ce qui concerne la contradiction apparente entre le manque de ressources pour appuyer les programmes des pays et le niveau du report, le Secrétariat a indiqué que cela s'expliquait par le déséquilibre

dans la répartition des fonds à affectation spécifique et les retards enregistrés dans leur mise à disposition.

CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE : (document AFR/RC58/16)

147. Le Vice-Président du Comité régional a invité les délégués à formuler des observations sur le document AFR/RC58/16 – Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire. Le document propose des actions concrètes que les États Membres peuvent mettre en œuvre pour améliorer les huit domaines prioritaires suivants contenus dans la Déclaration : leadership et gouvernance pour la santé; prestation des services de santé; ressources humaines pour la santé; financement de la santé; systèmes d'information sanitaire; appropriation et participation communautaires; partenariats pour le développement sanitaire; et recherche pour la santé. Pour chacun de ces domaines prioritaires, le cadre de mise en œuvre propose un but, des objectifs, des interventions, des actions potentielles et les parties prenantes. La mise en œuvre du Cadre par les pays devrait en principe contribuer à accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD et de l'amélioration de la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire.

148. Les interventions proposées pour renforcer le leadership et la gouvernance comprennent l'institutionnalisation de l'action sectorielle pour l'amélioration des déterminants de la santé, la mise à jour de la politique nationale de santé conformément à l'approche des soins de santé primaires et aux stratégies régionales; la mise à jour de la politique nationale de santé et l'alignement de la structure organisationnelle du ministère de la santé sur l'approche des soins de santé primaires; la mise à jour des plans stratégiques nationaux de santé pour garantir une gestion et une prestation intégrées de l'ensemble des soins de santé essentiels, la mise à jour ou le renforcement des lois et des législations de santé publique, conformément à l'approche des soins de santé primaires; et la mise en place ou le renforcement de

mécanismes garantissant la transparence et la responsabilité dans le secteur de la santé.

149. En ce qui concerne la prestation de services de santé, les interventions proposées comprennent la consultation et l'obtention de consensus sur les éléments des services de santé essentiels, le mode de prestation et le coût, ainsi que l'organisation des services et les incitations des parties prenantes pour garantir l'intégration ainsi que le renforcement de l'efficacité et de l'équité. Pour ce qui est de la gestion des ressources humaines pour la santé, les interventions comprennent une planification globale du personnel fondée sur les résultats, le renforcement des capacités des institutions de formation en santé pour intensifier la formation des cadres appropriés, le renforcement des capacités de gestion et de leadership des ressources humaines pour la santé en vue d'une meilleure gestion de ces ressources, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de fidélisation, y compris une meilleure gestion de la migration des personnels, la production et l'utilisation des données factuelles relatives aux ressources humaines pour la santé afin d'éclairer la prise de décisions à tous les niveaux, et l'élargissement de l'espace budgétaire pour le développement des ressources humaines pour la santé.

150. Pour améliorer le financement des systèmes de santé, il est proposé que les pays renforcent ou mettent en place une politique globale et un plan stratégique de financement de la santé, qu'ils institutionnalisent les comptes nationaux de la santé (CNS) et la surveillance de l'efficacité au sein des systèmes d'information pour la gestion de la santé (HMIS), qu'ils renforcent les compétences en matière de gestion financière au niveau du district et au niveau local, ainsi que la décentralisation financière, qu'ils respectent leur engagement d'allouer au moins 15 % du budget national au développement de la santé et d'allouer une part suffisante de ce pourcentage à la mise en œuvre de l'approche des soins de santé primaires au niveau local, et qu'ils mettent en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

151. Les interventions concernant les systèmes nationaux d'information sanitaire comprennent la mise en place d'une politique et de plans stratégiques compte tenu du Règlement sanitaire international, et la mise en place d'un système national d'information sanitaire conformément à l'approche des soins de santé primaires et au principe des « Trois Uns ». En ce qui concerne la participation communautaire, les

interventions proposées consistent à mettre en place une politique et un cadre de mise en œuvre favorables à la participation communautaire, à renforcer les capacités des communautés, à réorienter le système de prestation de services de santé, et à élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies de promotion de la santé.

152. Pour améliorer l'harmonisation et l'alignement, il est proposé que les pays institutionnalisent un cadre permettant d'harmoniser et d'aligner le soutien des partenaires; et pour la recherche pour la santé, il est proposé de réviser les structures et les mécanismes de mise en œuvre de la recherche pour la santé et des systèmes de connaissances, d'institutionnaliser un cadre pour les programmes de recherche en santé et pour l'établissement des priorités, d'améliorer la coopération et la collaboration sud-sud et nord-sud, de créer une masse critique de chercheurs nationaux en santé, d'allouer des fonds suffisants à la recherche en santé et de mettre en place un cadre pour l'échange des nouvelles connaissances et de leurs applications.

153. Les membres du Comité régional ont pris connaissance avec intérêt du document et fait observer qu'il fallait harmoniser les actions avec les déclarations et rapports antérieurs, comme la Déclaration d'Alger et le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, et avec le Rapport sur la santé dans le monde consacré aux soins de santé primaires qui doit paraître prochainement. Ils ont également souligné que la décentralisation n'était pas nécessairement un gage d'équité au niveau de l'utilisation des services. Le Comité s'est inquiété du caractère prescriptif de certaines mesures et du peu d'attention accordé à d'autres maladies tropicales négligées. Les délégués ont rappelé la nécessité d'associer tous les secteurs, y compris la société civile et les communautés, puisqu'il appartient à tous les secteurs d'agir face aux déterminants sociaux de la santé. Le Comité a indiqué que le concept relatif au «transfert des tâches» devrait faire l'objet de discussions plus approfondies.

154. Le délégué de l'UNFPA a demandé que l'on insiste davantage sur les questions liées aux femmes et à la santé génésique, ainsi que sur celles qui ont trait à la santé sexuelle et génésique des jeunes.

155. Le Directeur régional a remercié les délégués de leurs contributions et proposé de laisser aux États Membres un délai d'un an pour organiser des consultations

multisectorielles et multidisciplinaires. Les États Membres communiqueront ensuite au Secrétariat des observations en vue de la révision du document. La version révisée sera soumise pour adoption à la cinquante-neuvième session du Comité régional.

156. Le Comité régional a accepté la proposition du Directeur régional.

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
(document AFR/RC58/17)

157. M. Gian Luca Burci, Conseiller juridique de l'OMS, a présenté au Comité régional le document du Conseil exécutif EB122/17 intitulé « Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ». Le document expose les considérations d'ordre constitutionnel et de procédure à prendre en compte si le principe de rotation entre régions de l'OMS était adopté pour la désignation au poste de Directeur général. Le rapport sera examiné lors de la cent vingt-quatrième session du Conseil exécutif en janvier 2009.

158. Le rapport examine différentes options rendant compte des discussions qui ont eu lieu à la cent-vingt et unième session du Conseil exécutif en mai 2007. Ces options sont les suivantes :

- a) maintien du statu quo;
- b) prise en compte particulière de candidats de certaines régions;
- c) établissement de la liste restreinte sur la base de l'origine régionale des candidats;
- d) représentation régionale sur la liste restreinte;
- e) représentation régionale comme critère d'admissibilité des candidatures;
- f) rotation régionale et candidature unique.

Le Comité régional a été invité à examiner les différentes options et à formuler des observations à leur sujet.

159. À l'issue du débat, les membres du Comité régional ont décidé que le poste de Directeur général de l'OMS devrait faire l'objet d'une rotation régionale, même si cela exigeait un amendement de la Constitution. Ils ont demandé l'inscription d'un point

supplémentaire portant sur cette question à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé en 2009. Le Comité régional a demandé au Directeur régional de transmettre ce message au Directeur général de l'OMS. Il a d'autre part été convenu que l'actuel Président du Comité régional devrait envoyer au nom des ministres de la santé des pays de la Région africaine une requête analogue directement au Directeur général de l'OMS et que les membres africains du Conseil exécutif plaident en faveur de cette proposition.

**CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU
CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**
(document AFR/RC58/18)

160. Le Président du Comité a invité les délégués à formuler des observations sur le document AFR/RC58/18 – Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le document contient :

- a) les modalités proposées pour la mise en œuvre des résolutions intéressant la Région africaine, adoptées par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent vingt-deuxième session;
- b) l'ordre du jour provisoire de la cinquante-neuvième session du Comité régional et les questions à recommander à la cent-vingt-quatrième session du Conseil exécutif et à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé;
- c) les projets de décisions de procédure visant à faciliter les travaux de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les méthodes de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

161. Dans la première partie du document sont présentées les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent-vingt-deuxième session. Ces résolutions sont les suivantes :

- a) Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1);
- b) Application du Règlement sanitaire international (résolution WHA61.2);
- c) Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA61.4);
- d) Multilinguisme : mise en œuvre du plan d'action (résolution WHA61.12);
- e) Prévention et lutte contre les maladies transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale (résolution WHA61.14);
- f) Stratégie mondiale de vaccination (résolution WHA61.15);
- g) Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16);
- h) Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (résolution WHA61.18);
- i) Changement climatique et santé (WHA61.19);
- j) La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (résolution WHA61.20);
- k) Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (résolution WHA61.21).

162. Le rapport ne contient que les paragraphes pertinents du dispositif tels qu'ils figurent dans les résolutions. Chaque résolution est accompagnée d'un exposé des mesures déjà prises ou prévues. La deuxième partie du document comprend le projet d'ordre du jour provisoire de la cent vingt-quatrième session du Conseil exécutif, qui se tiendra en janvier 2009, et celui de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

163. Le Comité régional a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquante-neuvième session et à décider des questions à recommander à la cent-vingt-quatrième session du Conseil exécutif et à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

164. Le Comité régional a pris note des décisions de procédure concernant la méthode de travail et la durée de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, les pays désignés pour siéger au Conseil exécutif et la rotation des pays de la Région africaine exerçant un mandat au sein du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP).

165. Le Comité régional a adopté le document sans modification.

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-NEUVIÈME ET SOIXANTIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC58/19)

166. M. Sander Edward Haarman, Directeur, Division de l'Administration et des Finances, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté le document.

167. Le Comité régional a réaffirmé que sa cinquante-neuvième se tiendrait à Kigali, au Rwanda, et qu'elle aurait lieu du 31 août au 4 septembre 2009.

168. Le Ministre de la Santé de la Guinée équatoriale a proposé au Comité régional de tenir sa soixantième session dans son pays, en indiquant que son Gouvernement serait heureux d'abriter le Comité régional et prêt à le faire.

169. Les membres du Comité régional ont accepté l'invitation et ont convenu que la soixantième session se tiendrait en République de Guinée équatoriale. Le Ministre de la Santé et du Bien-Être social de la Guinée équatoriale a remercié le Comité régional pour avoir accepté l'invitation.

ADOPTION DU RAPPORT DE LA CINQUANTE-HUITIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC58/20)

170. Le rapport de la cinquante-huitième session du Comité régional (document AFR/RC58/20) a été adopté avec des amendements mineurs.

CLÔTURE DE LA CINQUANTE-HUITIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Motion de remerciements

171. Le Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé du Zimbabwe, a lu, au nom des délégués, une motion remerciant le Président, le Gouvernement et le peuple de la République du Cameroun pour avoir accueilli la cinquante-huitième session du Comité régional. Cette motion a été adoptée par le Comité régional qui en a fait une résolution (AR/RC58/R4).

Mot de clôture du Directeur régional

172. Dans son mot de clôture, le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a remercié les Ministres de la Santé et les Chefs de délégation pour leur participation active à la première Conférence interministérielle sur la Santé et l'Environnement et à la cinquante-huitième session du Comité régional. Il a également remercié le Président de la cinquante-huitième session pour son efficacité dans la conduite des travaux et s'est félicité de la présence des représentants de l'UNICEF, de la BAD, de la Banque mondiale et de l'UNFPA. Le Directeur régional a en outre remercié le Président, le Gouvernement et le peuple de la République du Cameroun pour tous les efforts et sacrifices consentis afin de garantir le succès de la session du Comité régional, et pour les dispositions prises pour rendre agréable le séjour des délégués.

173. Le Dr Sambo a fait observer que la cinquante-huitième session du Comité régional a adopté d'importantes décisions, y compris la création de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine, la proclamation du 4 septembre comme Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine, et l'entérinement des Déclarations de Ouagadougou et d'Alger. Il a indiqué que l'entérinement de la Déclaration de Ouagadougou constituait une étape majeure dans la revitalisation des

systemes de santé par l'approche des soins de santé primaires pour accélérer ainsi la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il a déclaré qu'il attendait la contribution des États Membres au cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou.

174. Le Directeur régional a informé les délégués que les discussions de groupe sur le partage des meilleures pratiques continueront d'être organisées au cours des sessions futures du Comité régional, car elles permettent d'administrer la preuve qu'il est effectivement possible d'accomplir des progrès dans l'intensification des interventions essentielles de santé publique. Il a exprimé l'engagement du Bureau régional, en collaboration avec les partenaires, à fournir un appui aux États Membres dans leurs efforts visant non seulement à mettre en œuvre les recommandations du Comité régional, mais aussi à améliorer les résultats obtenus dans le domaine de la santé, au bénéfice de leurs communautés. Le Dr Sambo a indiqué que le Bureau régional amorcera le processus de création de l'observatoire de la santé en Afrique. Celui-ci sera un outil qui facilitera le suivi des progrès réalisés et le partage des meilleures pratiques.

Mot de clôture du Président et clôture de la réunion

175. Dans son mot de clôture, M. Mama Fouda André, Président de la cinquante-huitième session du Comité régional, a exprimé sa satisfaction quant à l'atmosphère fraternelle et collégiale dans laquelle se sont déroulés les travaux du Comité régional. Il a estimé qu'avec la conjugaison des efforts et la volonté politique, il est possible de réaliser des progrès dans les efforts pour s'attaquer aux problèmes de santé publique auxquels est confrontée la Région. Il a invité les partenaires à fournir un appui technique et financier à cette fin.

176. Le Président a remercié les interprètes, les fonctionnaires du protocole du Cameroun, les hôtes, les chauffeurs et tous ceux qui ont contribué au succès de la session. Il a également remercié le Secrétariat et le personnel du Bureau régional, par le truchement du Directeur régional, pour la qualité des documents et pour la préparation de la session.

177. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-huitième session du Comité régional.

PARTIE III

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

**1. REPRÉSENTANTS DES ÉTATS
MEMBRES**

ALGÉRIE

Prof. Khereddine Khelfat
Conseiller du Ministre de la Santé
Alger

ANGOLA

Dr Anastácio Ruben Sicato
Ministre de la Santé
Rua 17 Setembro
Luanda

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
Rua 17 Setembro
P.B. 1487
Luanda

Dr Adelaide de Carvalho
Directeur de la Santé publique

Dr Elsa Maria da C. Ambriz
Gynécologue obstétricienne
Ministère de la Santé

Dr Filomena M. Gomes Silva
Médecin

Dr Sandra Maria R. Neto de Miranda
Directeur de l'Institut de Santé publique

BÉNIN

Dr Dorothee Yevide
Directeur de Cabinet adjoint
Ministère de la Santé publique

Dr Alban Quenum
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé
Cotonou

BOTSWANA

Ms Shenaaz El-Halabi
Director of Public Health
P/BAG 00269
Gaborone

Dr Khumo Seipone
Director, Department of HIV/AIDS
Preventive and Care
Gaborone

Ms Veronica Manana Leburu
Sexual and Reproductive Health
Manager
Department of Public Health
Private BAG 00269
Gaborone

BURKINA FASO

Dr Brahima Sombie dit Michel Kone
Chef de Délégation
Conseiller technique
Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrebeogo
Secrétaire permanent du Conseil national
de Lutte contre le Sida et les Infections
sexuellement transmissibles
Ouagadougou

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé
Ouagadougou

M. T. Romaric Some
Directeur des Études et de la
Planification
Ouagadougou

M. Sylvestre Tapsoba
Directeur de la Nutrition
Ouagadougou

Dr Fatima Zampaligre
Directrice de la Santé de la Famille
Ouagadougou

BURUNDI

M. Emmanuel Gikoro
Ministre de la Santé et de la Lutte contre
le Sida,
B.P. 1820
Bujumbura

Dr Georges Gahungu
Médecin, Directeur du Programme
national de Santé de la Reproduction
Avenue des États-Unis
Bujumbura

Dr Jeanne Karenzo
Directeur adjoint du Programme de lutte
contre les Maladies transmissibles
et carencielles
Avenue de l'Hôpital
B.P. 337
Bujumbura

CAMEROUN

M. André Mama Fouda
Ministre de la Santé publique
Yaoundé

M. Alim Hayatou
Secrétaire d'État à la Santé Publique
Yaoundé

Prof. Fru F. Angwafo III
Secrétaire général
Ministère de la Santé publique
B.P. 4394
Yaoundé

Pr. Sinata Koula Shiro
Chef de la Division de la Recherche
opérationnelle en Santé
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

M. Dieudonné Batamack
Chargé de Mission
Services du Premier Ministre
Yaoundé

Prof. Arthur Georges Alfred Essomba
Directeur, Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Prof. Gervais Ondobo Andze
Directeur de la Lutte contre les Maladies
Ministère de la Santé publique
B.P. 6034
Yaoundé

Mme Jeanne Matel
Chef Cellule des Affaires législatives,
réglementaires et contentieuses
Ministère des Relations extérieures
Yaoundé

Dr René Owona Essomba
Secrétaire technique du Comité de
Pilotage de la Stratégie sectorielle
de Santé
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général des Services
administratifs
B.P. 12266
Yaoundé

Dr Martina Baye Lukong
Inspecteur des Services médicaux et
paramédicaux
B.P. 33067
Yaoundé

Dr Jean Rollin Ndo
Directeur de la Pharmacie et du
Médicament
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

M. Martin Monono Ekeke
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Emmanuel Nomo
Secrétaire permanent
Programme élargi de Vaccination
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

M. Armand Abana Elongo
Chargé de Mission
Présidence de la République
Yaoundé

M. Emmanuel Maina Djoulde
Chef de la Division de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

M. Daniel Sibetcheu
Directeur de la Promotion de la Santé
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Pr Anderson Doh
Secrétaire permanent du Programme
national de Lutte contre le Cancer
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Jean-Bosco Elat Mfetam
Secrétaire permanent du Comité
national de Lutte contre le VIH/Sida
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Prosper Ndong A Bessong
Secrétaire permanent du Programme
national de lutte contre le Paludisme
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

CAP-VERT

Dr Basilio Mosso Ramos
Ministre d'État et de la Santé

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

M. Faustin N'Telnoumbi
Ministre de la Santé publique, de la
Population et de la Lutte contre le Sida
B.P. 883
Bangui

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission
Responsable de Suivi du PNDS II
Bangui

TCHAD

Prof. Avocksouma A. Djona
Ministre de la Santé publique
B.P. 440
N'Djamena

Dr Idriss Soumaïne
Ingénieur sanitaire Technologie
alimentaire et Nutrition
B.P. 440 CNNTA
N'Djamena

Mme Narial Martine Yoyammel
Administrateur Services Santé
Coordonatrice du Bureau Coopération
Ministère de la Santé
B.P. 440
N'Djamena

M. Koumayadji Syamtel Bengo
Premier Secrétaire/Ambassade du Tchad
au Cameroun
B.P 506
Yaoundé

COMORES

Dr Dhoinine Ikililou
Vice-Président des Comores
chargé de la Santé
Chef de la Délégation
Ministère de la Santé
Moroni BP 1028

Mme Chebane Oumrati Haribou
Secrétaire générale
Ministère de la Santé de Mohéli
B.P. 32 Fomboni-Moheli

RÉPUBLIQUE DU CONGO

Mme Emilienne Raoul
Ministre de la Santé, des Affaires
sociales et de la Famille
BP 545 Brazzaville

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
B.P. 78
Brazzaville

Dr Léon Benoît Essovia
Directeur départemental de la Santé,
Likouala, Impfondo

Dr Deby Gassaye
Chargé de Mission médico-socio-
sanitaire
Brazzaville

Mme Loukombo Philomène
Attachée, Responsable de l'Unité
de Lutte contre le VIH/Sida
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Félix Bledi Trouin
Directeur de Cabinet adjoint
Ministère de la Santé et de
l'Hygiène publique
Abidjan

Dr Kevin Sylvestre Yohou
Chargé d'Études
Cabinet du Ministre de la Santé
BP V4
Abidjan

Dr N'dri David Assaole
Directeur de la Santé communautaire
31 BP 109
Abidjan 31

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr Jean Honoré Miakala mia Ndolo
Secrétaire général de la Santé publique
36 avenue de la Justice
Kinshasa, Gombe

M. Taylor Mukwa Kinwa
Membre, Cabinet du Ministre de la Santé
Kinshasa

M. Mala Ali Mapatano
Directeur de Cabinet adjoint
Ministère de la Santé
Kinshasa

M. David Tshibangu Tshishiku
Expert OMS/Cabinet Ministère de la
Santé
Kinshasa

M. Anatole Mokalou Ndongo
Expert/Cabinet Ministère de la Santé
Kinshasa

GUINÉE ÉQUATORIALE

S. E. M. Francisco P. Obama Asue
Ministre de la Santé et du Bien-Être
social, Malabo

Dr Gregorio Gori Momolu
Directeur de la Santé publique et de la
Planification sanitaire
Ministère de la Santé et du Bien-Être
social
Malabo

M. Patricio Bakale MBa
Directeur général de la Médecine
préventive
Ministère de la Santé et du Bien-Être
social
Malabo

Dr Victor Sima Oyana
Directeur général de la Santé extérieure
Ministère de la Santé et du Bien-Être
social
Malabo

M. Leonardo Mola
Premier Secrétaire,
Ambassade de Guinée équatoriale
à Yaoundé

M. Léonardo Mola Laptata-Mum
Premier Secrétaire, Ambassade de
Guinée équatoriale à Yaoundé

ÉRYTHRÉE

Mr Berhane Ghebretinsae
Director General of Health Services
Ministry of Health State of Eritrea
P.O. Box 212
Asmara

Dr Goitom Mebrahtu Medhani
Director of Disease Prevention and
Control
Ministry of Health State of Eritrea
P.O. Box 212
Asmara

ÉTHIOPIE

Dr Zerihun Tadesse Gebreselassie
Director, Disease Prevention and
Control
Ministry of Health
Addis Ababa

Mr Abduljelil Hussein
Acting Head, Project Coordination,
Monitoring and Evaluation
Addis Ababa

Dr Neghist Tesfaye Belayneh
Director, Family Health Department
Federal
Ministry of Health
P.O. Box 1234
Addis Ababa

GABON

Mme Angélique Ngoma
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publiques, chargée de la Famille et de la
Promotion de la Femme
Libreville

M. Constant Roger Ayenen Goye
Directeur général de la Santé
BP 7608
Libreville

Dr Olivia Biba
Chef de Service Surveillance
épidémiologique et Suivi
Évaluation du Programme de Lutte
contre le Sida
B.P. 20449
Libreville

Dr Jonasse Solange Antimi
Directeur du Programme national
de Lutte contre le Paludisme
B.P. 997
Libreville

Dr Dominique Angèle Badinga
Directrice PEV
Ministère de la Santé
B.P. 050
Libreville

Dr Yolande Vierin née Nzame
Directeur national de la Santé
maternelle et infantile
B.P. 12645
Libreville

Dr Constant Roger Ayenengoye
Directeur général de la Santé
B.P. 7608
Libreville

M. Camara Ibrahim Bekale
Conseiller technique
Ministère de la Santé
B.P. 4429
Libreville

GAMBIE

Dr Malick Njie
Hon. Secretary of State for Health and
Social Welfare
Dosh & SW, The Quadrangle
Banjul

Mr Janneh Saikou
Deputy permanent Secretary
Department of State for Health
Banjul

GHANA

Hon. Abraham Dwuma Odoom
Deputy Minister of Health
P.O. Box M 44
Accra

Dr George Amofa
Deputy Director-General of Health
Services
Accra

Mr George Fidelis Dakpallah
Head, Ministry of Health, Policy,
Planning and Budget
P.O. Box M 44
Accra

GUINÉE

Dr Mariame Béavogui
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique
Chef de Délégation
B.P. 585
Conakry

Dr M'Balou Diakhaby
Conseiller chargé de la Coopération
Membre de la délégation
BP 2489
Conakry

Dr Séré Kaba
Coordinatrice nationale du Programme
Maternité sans Risque
BP 585
Conakry

Dr Camille Tafsir Soumah
Coordonnateur national PEV/SSP/ME
BP 585
Conakry

Dr Moussa Keita
Coordonnateur du Programme de Lutte
contre le Paludisme, BP 585
Conakry

GUINÉE-BISSAU

Dr Camilo Simões Pereira
Ministre de la Santé publique
B.P. 50, Avenue Unidade Africana
Bissau

Dr Marilène Menezes D'Alva
Directrice générale de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
B.P. 50, Avenue Unidade Africana
Bissau

Dr Evangelino Quadé
Directeur Programme national de Lutte
contre le Paludisme
Bissau

KENYA

Hon. Dr James Ondicho Gesami
Head of Delegation
Assistant Minister of Public Health and
Sanitation
P.O. Box 30016 - 00100
Nairobi

Dr Francis Kimani
Director of Medical Services
Ministry of Medical Services
P.O. Box 30016 - 00100
Nairobi

Dr Elizabeth Mary Ominde-Ogaja
Deputy Chief Pharmacist/ Head
Division of Appropriate Medicine Use
Ministry of Medical Services
P.O. Box 29725-00202
Nairobi

Dr James Mukabi
Head/International Health Relations
P.O. Box 23476-00100
Nairobi

Mr John G. Kariuki
Deputy Chief Public Health Officer
Ministry of Public Health and Sanitation
P.O. Box 30016-00100
Nairobi

Mr Chris Rakuom
Chief Nursing Officer
Ministry of Health services
P.O. Box 30016-00100
Nairobi

Prof. Peter Amollo
Awardee – WNTD-2008
P.O. Box 73824.00200
Nairobi

LESOTHO

Dr Mphu Ramatlapeng
Honourable Minister
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Dr Mpolai Moteetee
Director General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Mr Teleko Ramotsoari
Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

LIBÉRIA

Dr Walker T. Gwenigale
Minister of Health and Social Welfare
P.O. Box 101-9009
1000 Monrovia 10

Dr Eric D. K. Nyanzeh
County Health officer
Ministry of Health
Monrovia

Mr Joseph Geebro
Deputy Minister of Health
Monrovia

Dr Zakari Wambai
Medical officer EPI
Monrovia

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9009
Monrovia

MADAGASCAR

Dr Paul Richard Ralainirina
Ministre de la Santé et du Planning
familial
Chef de Délégation
Antananarivo

Dr Dieudonné Hubert Rasolomahefa
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI

Hon Khumbo Kachali
Minister of Health
Leader of Delegation
P.O. Box 30377
Lilongwe

Dr Chisale Mhango
Director for Reproductive Health
Ministry of Health
P.O. Box 30377
Lilongwe 3

Dr Kelita Kamoto
Head of HIV and AIDS Department
Ministry of Health
P.O. Box 30377
Lilongwe

Dr Stone Kabuluzi
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 30377
Lilongwe

Mrs Agnes Katsulukuta
Deputy Director of Preventive Health
Services, Ministry of Health
P.O. Box 30377

Lilongwe
Mr Patrick Zimpita
Director-Planning and Policy
Development
Ministry of Health
Lilongwe

Mr Benard H. Sande
Principal Secretary
Ministry of Health
Lilongwe

MALI

M. Oumar Ibrahima Touré
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Bamako

Dr Diakité Oumou S. Maiga
Consiller technique chargé de la
Santé publique
Bamako

Prof. Toumani Sibdibe
Directeur national de la Santé
BP 233 Ntomikouobougou
Bamako

Dr Klenon Traoré
Directeur du Programme national
de Lutte contre le Paludisme
Bamako

Dr Aliou Sylla
Coordonnateur du Comité
sectoriel de Lutte contre le Sida
Bamako

Dr Diakalia Koné
Responsable de la Planification et S.E. de
la CSLS/MS
Ministère de la Santé
Bamako

MAURITANIE

Prof. Ba Mohamed Lemin
Chargé de Mission
B.P. 30
Nouakchott

MAURICE

Mrs Rajamane Veerapen
Senior Chief Executive
Ministry of Health and Quality of Life
Level S, Emmanuel Anguétel Building,
Port-Louis

Dr Nardawoo Jaypaul, DHS
Director Health Services
Ministry of Health and Quality of Life
5th Floor, Emmanuel Anguétel Building,
Port-Louis

MOZAMBIQUE

Prof Paulo Ivo Garrido
Minister of Health
Head of Delegation
Maputo

Dr Célia Gonçalves
Deputy National Director for Planning
and Cooperation/MOH
Maputo

Dr Quinhas Francisco Fernandes
Provincial Director of Health
Maputo

Dr Caetano Maria Pereira
Specialist in Gynecology and Obstetric
Maputo

NAMIBIE

Ms Nghatanga Magdaleena
Director Primary Health care (Head of
Delegation)
P/Bag 13198
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

Ms Rene Adams
Programme Manager, Substance Abuse
Private Bag 13198
Windhoek

Mr Thomas Mbeeli
Deputy- Director: Policy and Planning
P/Bag 13198
Windhoek

Ms Linda Liliputse Nambundunga
Director
Ministry of Health and Social Services
P/Bag 3003
Windhoek

Mr Hendricus Beukes
Director Finance and Logistics,
Windhoek

NIGER

M. Issa Lamine
Ministre de la Santé publique
Niamey

Dr Bara Ibrah
Directeur de la Nutrition
B.P. 623
Niamey

Dr Asma Gali Yaro
Directrice nationale de la Santé de la
Mère et de l'Enfant
B.P. 623
Niamey

Dr Adam Kondo Kashim
Directeur régional de la Santé publique
B.P. 97, Niamey

NIGÉRIA

Dr Hassan Muhammad Lawal
Hon. Minister of Health
Abuja

Dr. Abdul G. Salami
Acting Permanent Secretary
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Abdulsalami Nasidi
Director – Dept. of Public Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Abdurrazaq Gbadamosi
Head, International Cooperation
Division
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Tolu Fakeye
Head, Research and Statistics
Department of Health Planning
Research and Statistics
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Marshall Hemen Gundu
Chief, Press Services
Federation Ministry of Health
Abuja

Mrs Hauwa Keri
Director – NAFDAC
Plot 1032, NAFDAC, O.O.way,
Wuse zone 7, Abuja

Dr Wapala I. Balami
Head 08 Reproductive Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Professor O. C. Akpala
Director PRS
NPHCDA
Abuja

Dr E. A. Abanida
Director Immunization
NPHCDA, Abuja

Dr Akudo Ikpeazu
Manager
NACA
Abuja

Mrs Rabi Adeniyi
Nigeria Television Authority
Health Correspondent
Abuja

Miss Ruby Rabi
Daily Trust Newspapers
Abuja

* N'a pas pu participer

Mr. Onwuka Nzesi
Thisday Newspapers
Abuja

Mr. Godwin Odemije
Federal Radio Corporation of Nigeria
(FRCN)
Abuja

Mr. Mohamed Salisu
Cameraman
Office of the Hon. Minister
Federal Ministry of Health
Abuja

RWANDA*

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr Arlindo V. de Assunção Carvalho
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Sao Tomé

Dr José Luis de Ceita da E. da Cruz
Directeur de l'Hôpital Ayres de Menezes
Sao Tomé

SÉNÉGAL

Dr Yaradou Assane
Conseiller technique N°1, Ministère de
la Santé et de la Prévention
Rue Aimé Césaire, Fann Résidence
Dakar

Dr Abouba Cry Yoro Sy
Conseiller

Dr Abdoulaye Wade D
DLSI

Dr Moussa Thior
PNLP

SEYCHELLES

Dr Bernard Valentin
Chef de Délégation
Conseiller spécial du Ministre
de la Santé
Victoria

SIERRA LEONE

Dr Prince Albert Taiwo Roberts
Head of Delegation
Acting Chief Medical Officer
Freetown

AFRIQUE DU SUD

Dr Mantombazana Edmie Tshabalala-
Msimang
Ministry of Health
Private Bag 399
Pretoria, 0001

Mr Amos Fish Mahlalela
Member of the executive Council for
Health, Mpumalanga

Dr Phetsile Kholekile Dlamini
NEPAD Coordinator
Pretoria

Dr Nomonde Xundu
Health Attaché : Washington

Ms Zanele Mthembu
Consultant: Tobacco Control
National Department of Health
P/Bag X 828, Pretoria, 0001

Adv Patricia Lambert
Consultant
Pretoria

SWAZILAND*

TOGO

Prof. Kondi Charles Agba
Chef de Délégation
Ministre d'État, Ministre de la Santé
B.P. 386
Lomé

* N'a pas pu participer

Dr Dogbe Koku Sika
Directeur général de la Santé
B.P. 336
Lomé

OUGANDA

Dr Stephen O. Mallinga
Minister of Health
P.O. Box 7272
Kampala

Dr Edson Friday Agaba
Principal Medical Officer
P.O. Box 7272, Kampala

Dr Sam Zaramba
Director General Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 7272
Kampala

TANZANIE

Dr Aisha Omar Kigoda
Minister
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar es-Salaam

Hon. Bukhet Hassan Shawana
Deputy Minister of Health and Social
Welfare
Zanzibar

Dr Salia A. Muhsin
Director of Preventive Services
Ministry of Health and Social Welfare
Zanzibar

Dr Peter Mmbuji
Assistance Director, Epidemiology and
Disease Control
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083
Dar es-Salaam

Dr Temba Hiltruda
Global Fund Coordinator
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083
Dar es Salaam

Mrs Lena Mfalila
Principal Nursing Officer
Safe Motherhood
Reproductive and Child Health Section
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083
Dar es-Salaam

Dr Renata A. Mandike
Assistant Programme Manager
National Malaria Control Programme
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9013
Dar es-Salaam

Dr Deo M. Mtasiwa
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083
Dar es-Salaam

Dr Dennis Mulenga
Health Management Specialist
Ministry of Health
P.O. Box 30205
Lusaka

ZAMBIE

Dr Victor Mukonka
Delegation Leader
Director, Public Health and Research
Ministry of Health
Lusaka

Dr Ben Chirwa
Director General
National HIV/AIDS/STI/TB Council
315 Independence Avenue
Lusaka

Mrs Zulu Salome
Nursing Education Manager
Lusaka Schools of Nursing, Midwifery
and Theatre
P.O. Box 50366
Lusaka

Dr Godfrey Biemba
Communicable Disease Specialist
Ministry of Health
P.O. Box 30205
Lusaka

ZIMBABWE

Dr P. D. Parirenyatwa
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation
Harare

Dr D. G. Dhlakama
Principal Director Policy, Planning,
Monitoring and Evaluation
Harare

Dr Joséphine Zvemusi Chiware
Deputy Director Nursing Services
Ministry of Health and the Child
Welfare
P.O. Box CY 1122
Causeway
Harare

Pr Kusum Jackson Nathoo
College of Health Sciences
University of Zimbabwe
Department of Pediatrics
P.O. Box A178
Harare

Dr Apollo Tsitsi
National Antiretroviral Programme
Coordinator
882 Debenham Close,
New Strathaven,
P.O. Avondale
Harare

**2. REPRÉSENTANTS DES
NATIONS UNIES ET DES
INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES**

**Fonds des Nations Unies pour la
Population (UNFPA)**

Dr Dairo Akinyele Eric
Team Leader, Regional Technical
Support Team
220 Est 42nd Street 212 297 5162
New York
NY 10017 USA

M. Faustin Yao
UNFPA Representative
Yaoundé
Cameroun

**Fonds des Nations Unies pour
l'Enfance (UNICEF)**

Mr Per Engebak
Regional Director
UNICEF Regional Office for Eastern and
Southern Africa
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

Mrs Barbara Bentein
Deputy Regional Director
S/c UNICEF WCARO
B.P. 29720
Dakar – Yoff
Sénégal

Dr Tesfaye Shiferaw
Regional Advisor, Health
UNICEF Regional Office for Eastern and
Southern Africa
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya

Dr Heidi Richter – Airijoki
Principal Adviser for Child Survival
And Development
UNICEF Regional Office for West
And Central Africa
B. P. 29720
Dakar – Yoff

Dr Kopano Mukelabai
UNICEF Senior Liaison Officer
WHO Regional for Africa
P. O. Box 6
Brazzaville

**3. REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

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

Mr Stephen Sianga
Director, Social and Human
Development Directorate

Dr Antonica Hembe
Head of HIV and AIDS Unit

Joseph Mthetwa
Senior Programme Manager, Health and
Pharmaceuticals

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

Dr Jean-Jacques Moka
Secrétaire général de l’OCEAC
B.P. 288
Yaoundé

Dr Dologuele Nicolas Félicien
Chef de Département Programmes et
Recherche
BP 288
OCEAC
Yaoundé

M. Charles Casimir Michel Gnongo
Chef de Service de la Communication
BP 288
Yaoundé

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

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

Dr Corneille Traoré
Directeur de la Santé, de la Protection
Sociale et de la Mutualité

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

Dr Johanna L. Austin-Benjamin
Directrice, Département Soins de Santé
primaires et Contrôle des Maladies
BP 153 Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

Union africaine (UA)

Adv. Bience P. Gawanas
Commissioner for Social Affairs
African Union Commission
Addis Ababa, Ethiopia

Dr Laban Masimba
Consultant, HIV/AIDS, TB and Malaria
P.O. Box 3243
Addis Ababa, Ethiopia

**Banque africaine de Développement
(BAD)**

Dr Ilunga Tshinko B.
Health division Manager
c/o BAD ATR
BP 323, 1002 Tunis Belvedere
Tunisia

**Conseil international pour la lutte
contre les troubles dus à une carence en
iode (ICCIDD)**

Prof. Daniel Lantum
ICCIDD Regional Coordinator for Africa
P.O. Box 4285 Nlongkak
Yaoundé

**Association de Fabricants de Produits
pharmaceutiques (IFPMA)**

Dr Paul Antony
Chief Medical Officer
950 F ST NW
Washington, DC 20004

M. Alain Aumonier
Directeur des Relations avec les
Institutions internationales Sanofi-
Aventis
Chemin Louis-Dunant, 17
Suisse 1203 Genève

Dr Lorinda ME Kroukame
The Campus, Fursing Maedows
Building
Private Baq X113
Bryanson, 2021
Gauteng, South Africa

**Organisation internationale pour la
Migration (OIM)**

Dr Qasim Sufi
Health Coordinator for West Africa
(IOM) International Organization for
Migration
No. 1 Tetteh-Fio Street
Shiashie, East Legon, Accra
P.O. Box 5222, Accra-North

UNITAID

Dr Bermudez Vorge
Executive Secretary
UNITAID/WHO
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l’Afrique orientale, centrale et australe (CRHCS-ECSA)

Dr Henry Kaluba
Ag. Director Social Transformation
Programmes (STPD)

Dr Joseph Amuzu
Adviser Health Section
Marlborough House
Pall Mall
London SW 1 Y 5 HX UK

East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC)

Dr Steven V. Shongwe
Director General

PNUD

Dr Mayer Magdalene
Conseiller VIH/sida,
grippe aviaire
PNUD, Yaoundé

4. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Rotary international

M. Jean Richard Bieleu
Représentant du Rotary International
BP 129
Douala, Cameroun

WHITAKER GROUP

Mr Wetherill Charles
Senior associate
The Whitaker Group
1133 21st, ST. NW, STE 405
Washington DC, 20036
USA

Ms Emmen Melanie Botho
Research Coordinator
1133 21st, ST, NW Suite 405
Washington, DC 20036
United States of America

ANNEXE 2

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

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC58/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006–2007 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC58/2)
7. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC58/10)
 - 7.1 Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (document AFR/RC58/3)
 - 7.2 Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC58/4)
 - 7.3 Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action (document AFR/RC58/5)
 - 7.4 Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie (document AFR/RC58/6)
 - 7.5 Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC58/7)
 - 7.6 Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions (document AFR/RC58/8)
 - 7.7 Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Point de la situation et perspectives (document AFR/RC58/9)

- 7.8 Adoption de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC58/11)
8. Information
- 8.1 Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation
(document AFR/RC58/INF.DOC/1)
- 8.2 Initiative en faveur des pays et renforcement des bureaux de pays de l'OMS : Point de la situation (document AFR/RC58/INF.DOC/2)
- 8.3 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Implications pour la Région africaine (document AFR/RC58/INF.DOC/3)
- 8.4 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
(document AFR/RC58/INF.DOC/4)
- 8.5 Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation
(document AFR/RC58/INF.DOC/5)
- 8.6 Harmonisation pour la santé en Afrique : Rapport de situation
(document AFR/RC58/INF.DOC/6)
9. Discussions de groupe : Partage des meilleures pratiques pour intensifier les interventions destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale (document AFR/RC58/PD/1); la prévention et la lutte contre le paludisme (document AFR/RC58/PD/2); la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida (document AFR/RC58/PD/3); et l'amélioration de la couverture vaccinale (document AFR/RC58/PD/4)
10. Adoption de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC58/12)
11. Budget programme 2006-2007 : Appréciation de l'exécution
(document AFR/RC58/13)
12. Projet de Budget programme 2010-2011 de l'OMS (document AFR/RC58/14)

13. Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC58/16)
14. Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (document AFR/RC58/17)
15. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC58/18)
16. Dates et lieux des cinquante-neuvième et soixantième sessions du Comité régional (document AFR/RC58/19)
17. Groupe de travail intergouvernemental (GTIG) sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et suivi de la résolution WHA61.21 (point supplémentaire) (document AFR/RC58/22)
18. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC58/20)
19. Clôture de la cinquante-huitième session du Comité régional.

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR: Lundi 1^{er} septembre 2008

9 h 00 – 11 h 50	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
11 h 50 – 12 h 30	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des Désignations
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 14 h 05	Mot d'ouverture	Président RC 57
14 h 05 – 14 h 30	Point 3 de l'ordre du jour	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC58/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
14 h 30 – 15 h 15	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine 2006–2007 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC58/2)
15 h 15 – 15 h 45	<i>Pause-café</i>	
15 h 45 – 16 h 30	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	
16 h 30 – 16 h 45	Intervention de l'Invité spécial	

- 16 h 45 **Fin des travaux du 1^{er} jour**
- 19 h 00 *Réception offerte par le Gouvernement de la République du Cameroun*

2^{ème} JOUR : Mardi 2 septembre 2008

- 9 h 00 – 9 h 15 **Point 5 de l'ordre du jour (suite)** Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
- 9 h 15 – 9 h 30 **Point 7 de l'ordre du jour** Rapport du Sous-Comité du Programme
(document AFR/RC58/10)
- 9 h 30 – 10 h 30 **Examen du rapport du Sous-Comité du Programme**
- Point 7.1 de l'ordre du jour** Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool
(document AFR/RC58/3)
- Point 7.2 de l'ordre du jour** Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
(document AFR/RC58/4)
- Point 7.3 de l'ordre du jour** Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action
(document AFR/RC58/5)
- 10 h 30 – 11 h 00 *Pause-café*
- 11 h 00 – 12 h 30 **Point 7.4 de l'ordre du jour** Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie
(document AFR/RC58/6)

	Point 7.5 de l'ordre du jour	Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC58 /7)
	Point 7.6 de l'ordre du jour	Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions (document AFR/RC58/8)
	Point 7.7 de l'ordre du jour	Mise en oeuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Point de la situation et perspectives (document AFR/RC58/9)
12 h 30 – 14 h 30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 30 – 15 h 10	Point 7.8 de l'ordre du jour	Entérinement de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC58/11)
15 h 10 – 16 h 40	Point 8 de l'ordre du jour	Information
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC/1)

	Point 8.2 de l'ordre du jour	Initiative en faveur des pays et renforcement des bureaux de pays de l'OMS : Point de la situation (document AFR/RC58/INF.DOC/2)
	Point 8.3 de l'ordre du jour	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Implications pour la Région africaine (document AFR/RC58/INF.DOC/3)
16 h 40 – 17 h 00	<i>Pause-café</i>	
17 h 00 – 18 h 30	Point 8.4 de l'ordre du jour	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC58/INF.DOC/4)
	Point 8.5 de l'ordre du jour	Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC/5)
	Point 8.6 de l'ordre du jour	Harmonisation pour la santé en Afrique : Rapport de situation (document AFR/RC58/INF.DOC/6)
18 h 30	Fin des travaux du 2^{ème} jour	
19 h 30	<i>Réception offerte par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique</i>	

3^{ème} JOUR : Mercredi 3 septembre 2008

9 h 00 – 10 h 10	Point 9 de l'ordre du jour	i) Discussion de groupe : Partage des meilleures pratiques dans l'intensification des interventions ciblant la réduction de la mortalité maternelle (document AFR/RC58/PD/1)
------------------	-----------------------------------	---

		ii) Discussion de groupe : Partage des meilleures pratiques dans l'intensification des interventions ciblant la prévention et la lutte contre le paludisme (document AFR/RC58/PD/2)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 9 i) et ii) de l'ordre du jour (suite)	
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 9 de l'ordre du jour	iii) Discussion de groupe : Partage des meilleures pratiques dans l'intensification des interventions ciblant la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida (document AFR/RC58/PD/3)
		iv) Discussion de groupe : Partage des meilleures pratiques dans l'intensification des interventions ciblant l'amélioration de la couverture vaccinale (document AFR/RC58/PD/4)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00– 17 h 30	Point 9 iii) et iv) de l'ordre du jour (suite)	
17 h 30	Fin des travaux du 3^{ème} jour	

4^{ème} JOUR : Jeudi 4 septembre 2008

9 h 00 – 10h 10	Point 10 de l'ordre du jour	Entérinement de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC58/12)
	Point 11 de l'ordre du jour	Budget programme 2006–2007 : Appréciation de l'exécution (document AFR/RC58/13)
	Point 12 de l'ordre du jour	Projet de budget programme 2010–2011 (document AFR/RC58/14)
10 h 10 – 10 h 40	<i>Pause-café</i>	
10 h 40 – 11 h 20	Point 12 de l'ordre du jour (suite)	
11 h 20 – 11 h 40	Point 13 de l'ordre du jour	Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC58/16)
11 h 40 – 12 h 00	Point 14 de l'ordre du jour	Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (document AFR/RC58/17)
12 h 00 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	

- 14 h 00 – 16 h 00 **Point 15 de l'ordre du jour** Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
(document AFR/RC58/18)
- Point 16 de l'ordre du jour** Dates et lieux des cinquante-neuvième et soixantième sessions du Comité régional
(document AFR/RC58/19)
- Point 17 de l'ordre du jour** Groupe de travail inter-gouvernemental (GTIG) sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et suivi de la résolution WHA61.21 (point supplémentaire)
(document AFR/RC58/22)

16 h 00 **Fin des travaux du 4^{ème} jour**

5^{ème} JOUR : Vendredi 5 septembre 2008

- 9 h 00 – 10 h 00 Préparation du rapport du Comité régional
- 10h 00 – 11 h 30 **Point 18 de l'ordre du jour** Adoption du rapport du Comité régional
(document AFR/RC58/20)
- Point 19 de l'ordre du jour** Clôture de la cinquante-huitième session du Comité régional.

ANNEXE 4

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 10 au 13 juin 2008.
2. Le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et au membre du Conseil exécutif de l'OMS de la Région africaine.
3. Il a rappelé que la dernière session du Comité régional avait approuvé le nouveau mandat du Sous-Comité du Programme et l'augmentation du nombre de ses membres de 12 à 16. Cette décision est appliquée pour la première fois, comme en témoigne l'actuelle composition du Sous-Comité du Programme.
4. Il a rappelé qu'aux termes du Règlement intérieur du Comité régional, le Sous-Comité du Programme est un organe subsidiaire du Comité régional qui a été créé pour étudier et examiner les questions devant être débattues par le Comité, tout en demeurant sous l'autorité du Comité régional. Les principales fonctions du Sous-Comité du Programme consistent à examiner le budget programme, les stratégies régionales, les rapports techniques et les résolutions proposés par le Directeur régional, à veiller à ce que ces propositions répondent aux attentes des États Membres et aux objectifs sanitaires internationaux, et à conseiller le Directeur régional sur les questions dont l'importance exige qu'elles soient examinées par le Comité régional.
5. Le Directeur régional a réaffirmé l'importance que revêtent pour la santé dans la Région les questions inscrites à l'ordre du jour et a demandé aux membres du Sous-Comité de formuler des propositions et des recommandations concrètes pour enrichir les documents techniques et les résolutions qui seront examinés par les ministres de la santé au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional.

6. Il a rappelé au Sous-Comité du Programme l'adoption, en avril 2008, de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé, qui demande instamment aux États Membres d'adopter l'approche des Soins de Santé primaires comme la principale stratégie pour concevoir et mettre en place les systèmes de santé. Il a souligné l'importance de l'appropriation de cette approche par les communautés et de leur participation à sa mise en œuvre.

7. Le Directeur régional a informé les membres du Sous-Comité du Programme que les trois documents ci-après, qui devaient être examinés par le Sous-Comité, sont encore en cours de préparation : Projet de budget programme de l'OMS pour 2010-2011, Mise en œuvre de la Déclaration d'Alma-Ata à l'échelle mondiale : Point de la situation et Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou. Ces documents seront cependant soumis aux États Membres, pour examen, avant la cinquante-huitième session du Comité régional.

8. Des informations d'ordre administratif et portant sur la sécurité ont été fournies aux membres du Sous-Comité du Programme.

9. À l'issue de la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat du Bureau régional, le bureau de la réunion a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : Dr Victor Mukonka, Directeur de la Santé publique et de la Recherche, Zambie

Vice-Président : Dr Souleymane Sanou, Directeur général, Ministère de la Santé, Burkina Faso

Rapporteurs : Prof. Emmanuel Kaijuka, Directeur des Services de Santé, Ouganda (pour l'anglais)

Dr Moussa Mohamed, Directeur général, Ministère de la Santé, Comores (pour le français)

Dr Ildo Carvalho, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Cap-Vert (pour le portugais)

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

11. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance placée en lui et a souligné qu'il comptait sur leurs précieuses orientations et sur leur expérience pour atteindre les objectifs de la réunion. Il a remercié le Directeur régional et le Secrétariat pour les dispositions prises pour préparer la réunion.

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

09h00 – 12h30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes;

12h30 – 14h00, pause-déjeuner;

14h00 – 17h30.

MESURES VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

(document AFR/RC58/PSC/3)

13. Le Dr Matshidiso Moeti, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool». Le principal objectif de ce document est de donner aux États Membres des informations à jour sur les connaissances actuelles en ce qui concerne l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine et de proposer des mesures pour s'attaquer à ce problème.

14. Le document fait observer que l'établissement d'un consensus général sur de telles mesures permettrait aux pays de s'attaquer à ce problème au niveau national et apporterait une contribution pertinente aux stratégies régionale et mondiale qui seront présentées respectivement à la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique en 2009 et à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010, comme l'ont demandé les États Membres.

15. La charge des maladies dues à l'usage nocif de l'alcool est élevée dans la Région africaine et les pays ont signalé une augmentation de la consommation d'alcool et des changements dans les modes de consommation chez les adolescents. En outre, l'écart entre les hommes et les femmes dans la consommation excessive d'alcool semble se

réduire, et la production et la distribution informelles et illicites de l'alcool ne sont pas soumises à un contrôle.

16. Les principaux défis identifiés ont trait à la reconnaissance insuffisante de l'ampleur des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool sur les plans physique, social et économique; au manque de mécanismes de surveillance et d'information sur une base régulière; au faible niveau des allocations budgétaires destinées aux campagnes d'information et de plaidoyer; et au nombre insuffisant d'initiatives de renforcement des capacités.

17. Les mesures proposées portent notamment sur la mise en œuvre de politiques complètes fondées sur les données d'expérience et d'interventions pratiques d'un bon rapport coût/efficacité telles que le renforcement de l'engagement politique et l'établissement des partenariats; le renforcement de l'action des communautés et de la réponse du secteur de la santé; la mise en place de systèmes d'information et de surveillance relatifs à l'alcool; la réglementation de la disponibilité et de la commercialisation de l'alcool; l'augmentation des taxes et des prix; et l'application de la législation sur la conduite en état d'ébriété.

18. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré qui présente l'usage nocif de l'alcool non seulement comme un problème social et culturel, mais aussi comme un problème croissant de santé publique. Ils ont réitéré la nécessité de systèmes nationaux de surveillance sanitaire qui fourniraient des informations sur l'ampleur et les tendances du problème dans la Région. Ils ont également souligné les défis liés à la mise en œuvre d'interventions visant à réduire la consommation d'alcool et ses effets, notamment ses effets sociaux et culturels. Ils ont demandé l'instauration d'une collaboration intersectorielle et d'alliances durables entre tous les acteurs.

19. Les membres du Sous-Comité du Programme ont relevé que l'élaboration de politiques nationales sur l'alcool faciliterait la prise de conscience et la participation de tous les acteurs au niveau national. Ils ont fait observer que les problèmes associés au tabac et ceux qui sont associés à l'alcool, tout comme les réponses nationales y relatives, ont des points communs.

20. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document, recommandations que le Secrétariat a convenu de prendre en compte pour la mise en forme définitive du document.

21. Le Directeur régional a réitéré la nécessité pour les États Membres de participer pleinement à l'enquête mondiale sur l'alcool, de mettre en place des mécanismes pour la production de données et de bases factuelles appropriées, et d'apporter des contributions additionnelles à la préparation de la stratégie mondiale sur l'usage nocif de l'alcool.

22. Le Sous-Comité du Programme a convenu de présenter le document amendé à la cinquante-huitième session du Comité régional.

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LE CANCER : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC58/PSC/4)

23. Le Dr Matshidiso Moeti, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Prévention et lutte contre le cancer : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS». Le document définit le cancer, fait le point de la situation de cette maladie dans la Région africaine et souligne la nécessité d'un consensus sur l'ensemble d'interventions de santé publique proposées et leur mise en œuvre pour contribuer activement à réduire l'incidence du cancer aux niveaux national, régional et mondial.

24. Il a été noté que l'on dispose de très peu d'informations sur l'ampleur et les caractéristiques des cancers dans la Région africaine. En 2002, Globocan a enregistré 582 000 cas de cancer en Afrique, chiffre qui devrait doubler au cours des deux prochaines décennies si les interventions ne sont pas intensifiées et renforcées. Les principaux facteurs qui sont à l'origine de cette situation sont les agents infectieux, le tabac, l'usage de l'alcool, les mauvais régimes alimentaires, l'inactivité physique et la pollution de l'environnement. La plupart des malades n'ont pas accès aux services de lutte anticancéreuse, qui traitent essentiellement des cancers ayant atteint un stade avancé. Beaucoup de malades sont évacués à l'étranger, ce qui entraîne des coûts très élevés.

25. Le fardeau du cancer et ses facteurs de risque sont en augmentation, mais très peu de moyens sont investis dans la prévention. Les systèmes de santé ne sont pas bien préparés pour affronter la menace posée par les cancers. Malgré les diverses lignes directrices et les documents de stratégie qui ont été élaborés au sujet de la lutte anticancéreuse, la stratégie proposée a été présentée comme un document unique à l'intention des États Membres.

26. Les interventions prioritaires proposées comprennent les politiques de prévention et de lutte contre le cancer; la législation; le renforcement des capacités et la promotion de la santé; les programmes nationaux complets de prévention et de lutte anticancéreuses; la mobilisation et l'allocation des ressources; les partenariats et la coordination; l'information stratégique, la surveillance et la recherche.

27. Les membres du Sous-Comité du Programme ont bien accueilli le document et félicité le Secrétariat pour sa pertinence et sa qualité. Ils ont reconnu l'importance de la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et ont souligné la nécessité de faire en sorte que les médicaments destinés au traitement du cancer soient disponibles, abordables et accessibles, et de créer des centres de référence sous-régionaux pour servir les pays dont les installations de diagnostic et de traitement sont limitées afin de réduire les coûts des évacuations onéreuses à l'étranger. Il convient de renforcer les systèmes de santé pour améliorer les capacités d'examen, de dépistage précoce, de diagnostic et de traitement, y compris la maintenance du matériel à tous les niveaux.

28. Il a été recommandé d'intensifier le plaidoyer pour un accroissement des ressources et de renforcer la coopération et la collaboration intersectorielles, y compris les partenariats avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) pour garantir l'application de méthodes de diagnostic, de soins et de traitement à jour et aider les pays à mettre en place des organismes de réglementation.

29. Les membres du Sous-Comité du Programme ont également recommandé de sensibiliser les communautés pour promouvoir le dépistage précoce et réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer, et d'améliorer la qualité des soins palliatifs dispensés aux personnes ayant des cancers en stade avancé. Il faudrait faire

des efforts pour fournir les vaccins destinés à prévenir les maladies infectieuses liées au cancer du col de l'utérus.

30. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document que le Secrétariat s'est engagé à incorporer pour sa soumission à la cinquante-huitième session du Comité régional.

SANTÉ DE LA FEMME DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : APPEL À L'ACTION (document AFR/RC58/PSC/5)

31. Le Dr Tigest Ketsela, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action». Les femmes doivent jouir d'un état de complet bien-être physique, mental et social pour s'acquitter convenablement de leurs nombreuses responsabilités. C'est ce qui a été affirmé pendant la Décennie des Nations Unies pour la femme (1975-1985) et lors de différentes rencontres internationales sur la population et le développement.

32. Malheureusement, l'immense majorité des femmes africaines ignorent encore qu'elles ont droit à la santé, à l'éducation et à la vie, mais continuent à subir des discriminations socioculturelles, des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF), des violences basées sur le genre, des tabous alimentaires, des mariages forcés et des grossesses précoces, non désirées et trop nombreuses. Tous ces problèmes, ajoutés à la faiblesse des systèmes de santé, sont à l'origine de la forte mortalité maternelle en Afrique subsaharienne.

33. Divers efforts ont été déployés pour s'attaquer aux forts taux de mortalité et de morbidité maternelles dans la Région africaine, y compris l'adoption d'une stratégie relative à la santé de l'adolescent en 2001, d'une Feuille de route pour accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle et infantile en 2004, d'une stratégie portant sur la santé de la femme en 2005 et d'une stratégie relative à la survie de l'enfant en 2006, ainsi que la décision prise par le Directeur général de l'OMS en novembre 2006 d'axer notamment ses efforts sur la santé de la femme.

34. Malgré ces efforts, très peu de pays ont élaboré des politiques et des programmes spécifiques sur la santé de la femme ; 57 % des femmes n'ont pas accès à une assistance qualifiée pendant l'accouchement, les progrès vers l'élimination des mutilations génitales féminines restent lents dans plusieurs pays et l'espérance moyenne de vie à la naissance est de 51 ans seulement pour les femmes. Les priorités qui se font concurrence, la pauvreté, les conflits récurrents et l'incompréhension du rôle des femmes entravent l'affectation de ressources adéquates à la santé de la femme.

35. Les actions proposées pour améliorer la santé de la femmes sont les suivantes : formulation ou révision de politiques et programmes nationaux basés sur les profils de santé de la femme; élaboration et mise en œuvre de programmes conviviaux pour les adolescent(e)s; intensification des interventions essentielles relatives à la santé de la femme; renforcement des capacités des femmes, des familles et des communautés; constitution d'équipes multidisciplinaires regroupant des spécialistes de la santé, du genre et des droits de l'homme; élaboration d'un plan intégré de communication; et mobilisation de ressources suffisantes pour la mise en œuvre effective des interventions essentielles relatives à la santé de la femme.

36. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné qu'il était urgent de remédier à la lenteur avec laquelle les interventions destinées à améliorer la santé de la femme évoluent, notamment en ce qui concerne la réduction des taux de mortalité maternelle. Ils ont fait observer que l'on sait déjà ce qu'il convient de faire, mais ce qu'il faut en plus c'est être plus novateur, trouver les solutions qui sont réellement efficaces, et mobiliser les ressources pour appuyer la mise en œuvre, y compris profiter des occasions offertes par les initiatives mondiales de santé. Certains pays ont réussi à faire des progrès dans l'amélioration de la santé de la femme ; il convient de mettre en évidence ces bons résultats et de les diffuser.

37. On a également fait observer que la santé de la femme devait bénéficier d'un engagement politique solide et d'actions concertées et coordonnées, et que l'intégration, la collaboration intersectorielle et les partenariats devaient être renforcés, étant donné que de nombreux programmes verticaux oeuvrent dans ce domaine.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que chaque pays établisse et applique une feuille de route pour accélérer l'atteinte des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale et que la feuille de route devrait s'exécuter dans l'esprit de la Déclaration de Ouagadougou. Pour ce faire, ils ont proposé que les actions de la feuille de route soient liées à la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé.

39. Il a aussi été recommandé que les systèmes de santé soient renforcés, y compris investir davantage dans les capacités institutionnelles et humaines, donner une formation plus poussée aux sages-femmes, améliorer le comportement du personnel, fournir des médicaments essentiels, et renforcer les systèmes d'orientation-recours. Les communautés doivent être mobilisées tout en veillant à ce que les hommes participent activement, et il faut promouvoir les plans d'assurance maladie pour réduire les obstacles financiers à l'accès des femmes aux services de santé. Les écoles doivent servir de tribune pour sensibiliser les jeunes à la santé de la femme et de l'enfant.

40. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant la teneur et la forme du document que le Secrétariat a accepté d'incorporer à la version révisée.

41. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accepté la proposition du Directeur régional de créer une commission sur la santé de la femme dans la Région africaine. La commission sera chargée, entre autres, d'analyser la situation eu égard à la santé de la femme en Afrique, de déceler les facteurs déterminants, et de recueillir des informations factuelles pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources.

42. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et de préparer un projet de résolution (AFR/RC5/WP/1) sur le sujet pour adoption par la cinquante-huitième session du Comité régional.

RENFORCEMENT DES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE: UNE EXIGENCE CRUCIALE DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE (AFR/RC58/PSC/6)

43. Le Dr Alimata Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie». Les laboratoires jouent un rôle déterminant dans les programmes de maîtrise et de prévention des maladies, en fournissant en temps voulu des informations exactes pour guider la prise en charge des patients et la surveillance de la maladie. On peut classer les laboratoires en deux grandes catégories en ce qui concerne la prise en charge des cas, le contrôle et la prévention des maladies : les laboratoires de santé publique et les laboratoires cliniques.

44. Dans la Région africaine, la situation des services de laboratoire se caractérise par l'insuffisance des effectifs, des équipements et des fournitures essentielles. Depuis l'adoption de la résolution sur la stratégie régionale sur la surveillance intégrée des maladies et la réponse, en 1998, un certain nombre de mesures ont été prises pour le renforcement des capacités des laboratoires, dont la mise en place de laboratoires de référence sous-régionaux et régionaux et de divers réseaux régionaux de laboratoires, la mise en œuvre de programmes d'évaluation externe de la qualité, et la formation technique du personnel.

45. Malgré les progrès accomplis et les efforts en cours pour renforcer les capacités des laboratoires dans la Région, il subsiste un certain nombre de défis : faible priorité accordée par les pays aux services de laboratoire, absence de politiques et de stratégies nationales concernant les services de laboratoire, insuffisance des financements, inadéquation de la formation dispensée au personnel de laboratoire, faiblesse de l'infrastructure des laboratoires, équipements vétustes et mal entretenus, absence de réactifs et de produits consommables essentiels, faiblesse des protocoles d'assurance et de contrôle de la qualité, et inadéquation des équipements et des directives de sécurité et de sûreté biologiques.

46. Les mesures proposées comprennent l'élaboration d'une politique nationale complète en matière de laboratoires et la formulation de plans stratégiques nationaux; la mise en place et le renforcement d'un leadership national dans le domaine des laboratoires, du système d'approvisionnement et de distribution des produits destinés aux laboratoires de santé publique; le suivi et l'évaluation; la formation du personnel et les systèmes d'information pour la gestion des laboratoires; l'amélioration des systèmes d'assurance de la qualité des laboratoires de santé publique; la maintenance assurée des équipements; et un financement accru des services de laboratoires de santé publique.

47. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document, compte tenu de la pertinence du sujet et du fait que c'est la première fois qu'un tel document est présenté aux États Membres. Ils ont reconnu le rôle que les laboratoires continuent de jouer dans la surveillance intégrée de la maladie et la riposte et la nécessité de disposer de centres nationaux et régionaux d'excellence. Ils ont exprimé leur préoccupation de constater que dans la plupart des pays, les questions liées aux services de laboratoire et de pharmacie sont traitées par les mêmes services alors qu'elles devraient être séparées. Ils ont fait observer que la disponibilité de ressources humaines et financières pour les services de laboratoire est un problème important dans la plupart des États Membres. Les membres du Sous-Comité du Programme ont réitéré la nécessité de considérer les laboratoires nationaux de santé publique comme faisant partie intégrante du système national de santé et non comme des entités autonomes séparées.

48. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document, recommandations que le Secrétariat a convenu d'intégrer dans la version révisée du document.

49. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité du Programme des efforts déployés par le Secrétariat pour promouvoir la création de centres régionaux d'excellence afin de renforcer la capacité régionale en matière de surveillance de la maladie, de riposte aux épidémies, et de réglementation des aliments et des médicaments. Il a reconnu que l'organisation et la désignation du type de laboratoire dépend des spécificités de chaque État Membre. Il a souligné l'importance des fonctions relatives aux laboratoires de santé publique aussi bien que celles des laboratoires cliniques.

50. Le Sous-Comité du Programme a convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-huitième session du Comité régional, en même temps que le projet de résolution (AFR/RC57/WP/2) préparé sur le sujet.

TROUBLES DUS À UNE CARENCE EN IODE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC58/PSC/7)

51. Le Dr Matshidiso Moeti, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine : analyse de la situation et perspectives». L'expression «troubles dus à une carence en iode» (TDCI) se rapporte à un large éventail de problèmes de santé liés à une carence en iode dans une population donnée. La carence en iode est provoquée par une faible consommation d'iode dans le régime alimentaire. Au nombre de ces problèmes figurent le goitre, les mortinaissances, les retards de croissance (crétinisme), l'insuffisance thyroïdienne et les déficiences mentales, problèmes qui peuvent être évités par une consommation adéquate d'iode. Les femmes enceintes et les enfants vivant dans les zones touchées par les TDCI y sont les plus exposés. Dans les zones où la carence en iode est sévère, le crétinisme peut toucher 5 % à 15 % de la population.

52. Il ressort de données provenant de la base de données mondiale de l'OMS (2004) que 54 pays dans le monde ont des populations qui ne consomment pas suffisamment d'iode, et que 14 d'entre eux se trouvent dans la Région africaine. De 1997 à 2007, le pourcentage de ménages utilisant du sel iodé dans la Région africaine a augmenté de 20 %. Toutefois, de 2001 à 2007, cette progression n'a été que de 5 %, à la suite d'un relâchement des efforts de lutte contre les TDCI.

53. Malgré les progrès réalisés en Afrique par les programmes de lutte contre les TDCI, un certain nombre de défis continuent à entraver l'élimination de ce problème dans la Région, y compris la viabilité à long terme des programmes d'iodation du sel et l'approvisionnement en sel iodé de l'ensemble des communautés visées.

54. Les participants ont souligné la nécessité, pour les pays où les TDCI constituent un problème important de santé publique, d'adopter et d'appliquer des règlements

sur l'iodation du sel. En outre, les politiques actualisées doivent définir clairement les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes. Les lois et politiques ainsi adoptées ou révisées doivent tenir compte du niveau d'iodation actuellement recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et le Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode.

55. Il convient de mobiliser le soutien politique en nouant le dialogue avec les législateurs, l'État et la communauté. L'engagement politique doit être soutenu par un plaidoyer constant et des partenariats efficaces. L'action de sensibilisation doit être renforcée auprès des responsables de premier plan à l'échelle nationale et internationale. Il convient de mobiliser la communauté internationale et les autorités chargées de la santé publique pour que l'élimination des troubles dus à une carence en iode soit une priorité majeure de santé publique aux niveaux international et national.

56. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé la nécessité de mettre l'accent sur la prévention au niveau de la consommation et de la préparation des aliments et de promouvoir la sensibilisation à ces questions, en précisant qu'une approche multisectorielle est indispensable pour aborder la question. Dans les interventions portant sur la communication et l'éducation, il convient de tenir compte des facteurs culturels. Les membres du Sous-Comité ont fait observer que ces interventions constituent une opportunité pour assurer le suivi des résolutions WHA58.24 et WHA60.21 sur l'élimination durable des troubles dus à une carence en iode et de mieux élaborer des actions spécifiques à la Région.

57. Ils ont recommandé que les questions portant sur la résistance des consommateurs, le commerce informel du sel, la promotion de la santé et les règlements et mécanismes de surveillance de la qualité du sel provenant de sources informelles et du sel iodé soient mieux traitées dans le document, et que les meilleures pratiques en matière d'élimination des TDCI soient documentées et partagées avec les pays de la Région.

58. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document, recommandations que le Secrétariat a convenu d'intégrer dans la version amendée du document.

59. Le Secrétariat a rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme que l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté en 2005 et 2007 des résolutions préconisant une action soutenue pour éliminer les TDCI.

60. Le Sous-Comité du Programme a convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-huitième session du Comité régional.

SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ EN AFRIQUE : ENJEUX ET SOLUTIONS (document AFR/RC58/PSC/8)

61. Le Dr Alimata Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions». Par sécurité des patients, l'on entend les processus et les structures dont l'application contribue à réduire la probabilité que l'exposition au système des soins de santé entraîne des effets indésirables, à travers un éventail de maladies et procédures. La sécurité des patients vise à rendre les soins de santé plus sûrs aussi bien pour les usagers que pour le personnel de santé. Les erreurs médicales peuvent causer un grand nombre de lésions et de décès évitables.

62. Dans la Région africaine, l'appréciation de l'ampleur des problèmes liés à la sécurité des patients est entravée par l'insuffisance des données. Toutefois, les études sur la prévalence des infections associées aux soins de santé dans les hôpitaux de certains pays africains signalent des taux d'infection aussi élevés que 18,9 %, tout en notant que les patients subissant des interventions chirurgicales sont les plus fréquemment touchés.

63. La plupart des pays ne disposent pas de politiques nationales en matière de sécurité des pratiques de soins de santé. L'insuffisance des financements et l'absence de systèmes d'appui essentiels, et notamment de stratégies, lignes directrices, outils et normes pour la sécurité des patients, demeurent des préoccupations majeures dans la Région. Les faiblesses des systèmes de prestation de soins de santé, notamment

l'état pas très satisfaisant de l'infrastructure, les capacités limitées en matière de prise en charge et le sous-équipement des établissements de santé, contribuent à accroître la probabilité des événements indésirables.

64. Les principales préoccupations sont les suivantes : le respect des procédures de sécurité transfusionnelle; la réutilisation, la sous-utilisation et la mauvaise utilisation des médicaments; la mauvaise gestion des déchets liés aux soins de santé; l'administration des soins chirurgicaux dans de mauvaises conditions; la pénurie des ressources humaines; le faible état de préparation du personnel et le manque d'éducation médicale continue; le risque élevé lié aux infections causées par des agents pathogènes à transmission hématologique; l'absence de partenariats en matière de sécurité impliquant les patients et la société civile; et l'insuffisance de données sur les problèmes se rapportant aux patients.

65. Les mesures proposées sont les suivantes : élaborer et mettre en œuvre des politiques et normes nationales en matière de sécurité des patients; mesurer l'ampleur des enjeux; améliorer les connaissances et l'apprentissage dans le domaine de la sécurité des patients; sensibiliser et impliquer la société civile; prendre en compte le contexte du développement des services et des systèmes de santé; réduire au minimum les infections associées aux soins de santé; promouvoir les partenariats; fournir des financements suffisants; et renforcer la surveillance et les capacités de recherche.

66. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait observer que l'une des raisons de la sous-utilisation des services de santé est la mauvaise qualité des soins de santé, et que l'amélioration de la rémunération et de l'environnement de travail constitue un facteur qui peut changer en mieux les attitudes des agents de santé. Ils ont exprimé la nécessité d'associer les patients et la société civile à tout débat sur la mise en place de procédures liées à la sécurité des patients.

67. Ils ont recommandé la création, au sein des ministères de la santé, d'un organe chargé de promouvoir la sécurité des patients et d'en assurer le suivi, ainsi que de coordonner l'actualisation des normes, règles et codes de déontologie sur la sécurité des patients. La sensibilisation des agents de santé sur la sécurité des patients devrait être encouragée et ce sujet devrait être inclus dans les programmes d'enseignement

des institutions de formation dans le domaine de la santé. Une attention accrue devrait être accordée à la transfusion sanguine, à la manipulation du sang dans les hôpitaux et à la gestion des déchets.

68. Les membres du Sous-Comité du Programme ont réaffirmé la nécessité d'accroître l'accessibilité à des médicaments de qualité afin de réduire l'automédication qui pourrait avoir des effets nocifs, et de renforcer la législation pour assurer le contrôle de la qualité des médicaments.

69. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document, recommandations que le Secrétariat a convenu d'intégrer dans la version révisée du document.

70. Le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité du Programme qu'une séance spéciale consacrée à la sécurité des patients serait organisée au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional à Yaoundé, en collaboration avec l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients.

71. Le Sous-Comité du Programme a convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-huitième session du Comité régional.

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : POINT DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC58/PSC/9)

72. Le Dr Matshidiso Moeti, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Point de la situation et perspectives». En 1998, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale décennale (1999-2008) pour la santé bucco-dentaire. Cette stratégie met l'accent sur les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves qui se posent dans la Région et définit cinq axes prioritaires : l'élaboration de stratégies nationales et leur mise en œuvre, l'intégration de la santé bucco-dentaire au sein des programmes de santé, la prestation de services, une approche régionale d'éducation et de formation, et le développement d'un système d'information pour la gestion de la santé bucco-dentaire.

73. Depuis l'adoption de la stratégie régionale, des progrès notables ont été réalisés par les États Membres. Toutefois, de nombreux enjeux et défis persistent, qui sont liés aux programmes de santé bucco-dentaire; aux services de soins de santé bucco-dentaire ; à la prévention et aux soins dentaires conservateurs; à l'insuffisance des infrastructures et des équipements; aux ressources limitées et insuffisantes; et à la formation des agents de santé. En outre, les systèmes nationaux d'information sanitaire présentent des faiblesses, d'où l'insuffisance de données fiables et l'absence de recherche opérationnelle portant expressément sur la santé bucco-dentaire.

74. La mise en œuvre de la stratégie régionale devrait être accélérée par l'adoption des mesures suivantes: renforcer l'engagement politique et la coordination nationale des programmes de santé bucco-dentaire; élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire; accroître les allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte contre les maladies bucco-dentaires; investir dans un renforcement des capacités appropriées; développer et renforcer les systèmes de surveillance; encourager la recherche dans le but de fournir des bases factuelles sur le rapport coût/efficacité des interventions de santé bucco-dentaire; et renforcer les partenariats.

75. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence du sujet et la qualité du document. Ils ont souligné l'importance de l'intégration de la santé bucco-dentaire dans le programme des soins de santé primaires, en mettant l'accent sur les aspects relatifs à la prévention primaire et secondaire. Ils ont également estimé qu'il fallait attirer l'attention des États Membres sur les problèmes liés à l'usage excessif du fluor et sur la nécessité de mener des recherches à ce sujet. Les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé que le document soit considéré comme un moyen de mettre en œuvre la résolution WHA60.17 de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé bucco-dentaire, avec un accent particulier sur les actions adaptées au contexte spécifique des États Membres. Ils ont également recommandé qu'une plus grande priorité soit accordée au noma, en raison de ses effets mutilants, sociaux et économiques.

76. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques sur le contenu et la formulation du document, recommandations que le

Secrétariat a convenu d'intégrer dans la version révisée du document qui sera soumise à la cinquante-huitième session du Comité régional.

EXAMEN DES PROJETS DE RÉOLUTIONS

77. Les projets de résolutions ci-après ont été examinés:

- a) AFR/RC58/WP/1 Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action
- b) AFR/RC58/WP/2 Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie
- c) AFR/RC58/WP/3 La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire.

78. Les membres du Sous-Comité ont fait des amendements spécifiques qui ont été intégrés dans les projets de résolutions figurant à l'Appendice 4 en vue de leur présentation à la cinquante-huitième session du Comité régional pour adoption.

79. Le Sous-Comité du Programme a convenu de soumettre les projets de résolutions amendés à l'adoption de la cinquante-huitième session du Comité régional.

80. Le Sous-Comité du Programme a également examiné le projet d'ordre du jour de la cinquante-neuvième session du Comité régional et recommandé sa soumission à l'examen du Comité régional lors de sa cinquante-huitième session.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(document AFR/RC58/PSC/10)

81. Après avoir examiné le rapport, procédé à des débats et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport, tel

qu'amendé, qui sera soumis au Comité régional à sa cinquante-huitième session en septembre.

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

82. Le Sous-Comité du Programme a décidé que le Président et le Vice-Président présenteraient le rapport au Comité régional.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

83. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation très active et constructive aux travaux. Il a également remercié le Secrétariat pour les documents bien étayés par des recherches et bien présentés et pour la facilitation globale de la réunion. Il a en outre remercié le Directeur régional pour les orientations stratégiques qu'il a données au cours des travaux du Sous-Comité du Programme.

84. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat de l'Algérie, de l'Angola, du Bénin, de l'Ouganda, de la Zambie et du Zimbabwe, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité du programme et a informé les participants qu'ils seront remplacés par la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Lesotho, Madagascar et le Malawi. Au nom des membres sortants du Sous-Comité du Programme, le Président a remercié le Secrétariat pour avoir facilité leur mission et pour l'assistance technique fournie aux pays. Dans son mot de clôture, le Directeur régional a remercié le Président pour le tact et la diplomatie dont il a fait preuve dans la conduite des travaux du Sous-Comité du Programme qui ont été couronnés d'un très grand succès. Il a également remercié les membres pour leurs observations et suggestions qui ont contribué à améliorer les documents techniques et les résolutions à soumettre au Comité régional. Il a fait observer que la Région dispose d'une abondante expertise technique de haute qualité et de technologies pour s'attaquer aux problèmes de santé, mais elle doit encore se doter d'une vision clairement définie, mobiliser des ressources additionnelles et accroître l'efficacité sur le plan gestionnaire, afin d'améliorer la prestation de services de santé, en particulier au

niveau local. Il a en outre remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour avoir examiné le projet d'ordre du jour de la cinquante-neuvième session du Comité régional.

85. Le Directeur régional a remercié le Secrétariat et les interprètes pour leur excellente contribution aux travaux du Sous-Comité du Programme.

86. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

ALGÉRIE

Prof. Kheirreddine Khelfat
Conseiller Chargé d'Études et
de Synthèses
Ministère de la Santé

ANGOLA

Dra. Elsa Maria da Conceição Ambriz
Ponto Focal para o Dossier da OMS
no Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde, Luanda

BÉNIN

Dr Benoit Faihun
Secrétaire général du Ministère
Ministère de la Santé, Bénin

BOTSWANA

Dr Shenaaz El-Halabi
Director Public Health

BURUNDI

Dr Jean Kamana
Conseiller à la Direction générale
de la Santé publique

CAMEROUN

Dr Boubakari Yaou
Inspecteur général des Services
administratifs au Ministère de la
Santé

CAP-VERT

Dr Ildo Carvalho
Técnico Superior
Gabinete de Estudos,
Planeamento e Cooperação

TCHAD

Dr Ali Mahamat Moussa
Coordonnateur adjoint du
Programme National de Lutte contre
le SIDA

BURKINA FASO

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé
du Ministère de la Santé

COMORES

Dr Mohamed Moussa
Directeur national de la Santé

CONGO

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé

CÔTE D'IVOIRE

Dr Trouin Félix Bledo
Directeur de Cabinet adjoint du
Ministère de la Santé et
de l'Hygiène publique

NIGER

Dr Ali Djibo
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé publique

OUGANDA

Prof. Mutabaazi Emmanuel Kaijuka
Commissioner for Health Services
Ministry of Health

CENTRAFRIQUE

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission, Responsable de
Suivi du Deuxième Plan de
Développement sanitaire II

ZIMBABWE

Dr Stanley M. Midzi
Deputy, Director Disease Prevention
and Control, Harare

ZAMBIE

Dr Victor M. Mukounka
Director Public Health & Research,
Ministry of Health, Lusaka

MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Dr Djibo Ali
Directeur général de la Santé, Niger

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

1. Cérémonie d'ouverture
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC58/PSC/1)
4. Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (document AFR/RC58/PSC/3)
5. Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC58/PSC/4)
6. Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action (document AFR/RC58/PSC/5)
7. Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie (document AFR/RC58/PSC/6)
8. Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC58/PSC/7)
9. Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions (document AFR/RC58/PSC/8)
10. Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Point de la situation et perspectives (document AFR/RC58/PSC/9)
11. Examen des projets de résolutions
12. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC58/PSC/10)
13. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
14. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 10 JUIN 2008

9 h 00 - 10 h 00	<i>Inscription des participants</i>	
10 h 00 - 10 h 30	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture
10 h 30 - 11 h 10	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
11 h 10 - 11 h 30	<i>(Photo de famille+ pause-café)</i>	
11 h 30 - 11 h 35	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC58/PSC/1)
11 h 35 - 12 h 55	Point 4 de l'ordre du jour	Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (document AFR/RC58/PSC/3)
12 h 55 - 14 h 00	<i>Pause déjeuner</i>	
14 h 00 - 15 h 30	Point 5 de l'ordre du jour	Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC58/PSC/4)
15 h 30 - 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 - 17 h 30	Point 6 de l'ordre du jour	Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Appel à l'action (document AFR/RC58/PSC/5)

17 h 30 Fin des travaux du 1^{er} jour

18 h 00 *Réception*

2ème JOUR: MERCREDI 11 JUIN 2008

9 h 00 – 10 h 30 **Point 7 de l'ordre du jour** Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS: Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie
(document AFR/RC58/PSC/6)

10 h 30 – 11 h 00 *Pause-café*

11 h 00 -12 h 30 **Point 8 de l'ordre du jour** Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS: Analyse de la situation et perspectives
(document AFR/RC58/PSC/7)

12 h 30 – 14 h 00 *Pause- déjeuner*

14 h 00 – 15 h 30 **Point 9 de l'ordre du jour** Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions
(document AFR/RC58/PSC/8)

15 h 30 - 16 h 00 *Pause-café*

16 h 00 – 17 h 30 **Point 10 de l'ordre du jour** Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Point de la situation et perspectives
(document AFR/R58/PSC/9)

17 h 30 Fin des travaux du 2^{ème} jour

3^{ème} JOUR: JEUDI 12 JUIN 2008

9 h 00 – 10 h 30	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	Santé de la femme dans la Région africaine de l'OMS : Région africaine de l'OMS : Appel à l'action (document AFR/RC58/PSC/5)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 12 de l'ordre du jour	Examen des projets de résolutions
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause déjeuner</i>	
14 h 00	<i>Préparation du rapport du Sous-Comité</i>	

4^{ème} JOUR: VENDREDI 13 JUIN 2008

10 h 00 – 11 h 00	Point 13 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Sous-Comité (document AFR/RC58/PSC/11)
11 h 00 – 11 h 30	Point 14 de l'ordre du jour	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	Point 15 de l'ordre du jour	Clôture de la réunion

RAPPORTS DES DISCUSSIONS DE GROUPE

PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES SUR L'INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS LIÉES À LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Objectifs

1. Partager les expériences dans l'intensification des interventions en faveur de la santé maternelle et néonatale (SMN) ;
2. Identifier les facteurs cruciaux des systèmes de santé nécessitant des actions prioritaires ;
3. Définir les rôles et responsabilités des gouvernements et des partenaires dans l'intensification des interventions SMN ;
4. Recommander la voie à suivre pour l'intensification des interventions essentielles en faveur de la santé maternelle et néonatale.

Travaux

Le Dr Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-Être de l'Enfant du Zimbabwe, et le Dr Yarou Asma Gali, Directeur de la Santé maternelle et infantile au Ministère de la santé du Niger, ont co-présidé la discussion de groupe. Trois experts ont présenté des exposés sur les thèmes suivants : 1) Délégation de compétences pour les interventions chirurgicales obstétriques majeures : expérience des personnels de santé de niveau intermédiaire au Mozambique, par le Dr Caetano Pereira, du Ministère de la Santé du Mozambique ; 2) Meilleures pratiques dans le domaine de la santé maternelle au Rwanda, par le Dr Maria Mugabo du Bureau de l'OMS au Rwanda ; et 3) Meilleures pratiques dans le domaine de la santé maternelle et néonatale : expérience érythréenne, par le Dr Berhana Haile, du Ministère de la Santé de l'Érythrée.

L'exposé sur le Mozambique a mis en exergue l'expérience de ce pays dans la formation et l'utilisation de cadres intermédiaires (techniciens en chirurgie) pour

remédier à la pénurie de personnels qualifiés au niveau périphérique. Les résultats de plusieurs évaluations et études montrent que cette approche a contribué à améliorer l'accès aux services de soins obstétricaux d'urgence. Ils montrent également que les prestations des techniciens en chirurgie sont sûres et efficaces ; que cette approche est d'un bon rapport coût/efficacité ; que les normes des soins qu'ils dispensent sont largement acceptées ; et que ces techniciens sont bien fidélisés au niveau des hôpitaux de district. Lorsque des médecins ne sont pas disponibles, les techniciens constituent une solution pragmatique et sûre pour éviter des décès maternels indus et des complications durant les accouchements, notamment les fistules vésico-vaginales et les décès de fœtus. Même lorsque des médecins sont disponibles, les cadres intermédiaires tels que les techniciens en chirurgie complètent l'action de l'équipe de santé en faveur de l'amélioration de l'accès aux services d'urgence et aux soins qui sauvent la vie.

L'exposé sur l'expérience du Rwanda a passé en revue les défis auxquels ce pays s'est retrouvé confronté au lendemain du génocide de 1994 qui a conduit, entre autres, à une grave pénurie de ressources humaines, à la destruction de l'infrastructure et au recul des indicateurs de santé. Pour faire face à la situation, le Gouvernement a adopté un certain nombre de politiques et stratégies qui ont contribué à l'amélioration de la santé en général et de la santé maternelle et néonatale en particulier. À cet égard, l'on pourrait citer les politiques et stratégies concernant la promotion de la stabilité politique et de la sécurité nationale ; la promotion de la bonne gouvernance et la mise en place d'un cadre institutionnel favorable à la santé maternelle ; l'amélioration de la coordination des interventions en faveur de la santé de la reproduction ; la décentralisation des services administratifs et sanitaires ; l'adoption d'un système de contrat entre le Chef de l'État et les autorités locales (Imihigo) ; l'institution d'un système de financement fondé sur la performance dans le secteur de la santé ; le renforcement des services de planification familiale qui sont devenus une des priorités gouvernementales ; la mise en place d'un régime d'assurance maladie (mutuelles de santé) ; le renforcement du rôle des agents de santé communautaires dans la santé maternelle ; et l'intensification des soins obstétricaux d'urgence. Les principaux résultats obtenus sont la réduction du taux de mortalité maternelle de 1 071 en 2000 à 750 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 ; l'augmentation des RCR de 4 % en 2000 à 27 % en 2007, et

l'amélioration du pourcentage des accouchements pratiqués avec l'aide de personnels qualifiés de 31 % en 2000 à 52 % en 2007.

L'exposé de l'Érythrée a décrit un certain nombre d'interventions qui ont été mises en œuvre et qui ont contribué à l'amélioration de la couverture des interventions de santé maternelle, avec à la clé une réduction du taux de mortalité maternelle. Au nombre de ces interventions figurent le renforcement des capacités des accoucheuses qualifiées ; l'augmentation de la proportion de formations sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC). L'Érythrée a également adopté et mis en œuvre des stratégies fondées sur des bases factuelles telles que l'utilisation du sulfate de magnésium dans toutes les formations sanitaires ; la priorité accordée aux soins prénatals dans les services mobiles ; la distribution de MII à titre gratuit à toutes les femmes enceintes ou allaitantes ; la sensibilisation des communautés et l'implication des hommes ; et l'aménagement de salles d'attente pour les accouchements, réservées aux femmes enceintes à terme attendant d'entrer en travail. En plus des stratégies susmentionnées, le Gouvernement a augmenté le budget annuel de la santé de la reproduction de 1,5 million à 3,5 millions. Toutes ces mesures ont permis d'améliorer sensiblement la couverture des soins prénatals en la portant à au moins une visite prénatale (80 %), et de réduire le taux de mortalité maternelle de 630 en 2002 à 450 en 2005. La réduction de la prévalence du paludisme de plus de 85 % et l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) en 2004 (certifiée par l'OMS) ont contribué à la réduction du taux de mortalité maternelle et du taux de mortalité périnatale.

Principales questions soulevées

Au cours de la discussion, les questions suivantes ont été soulevées :

- Le rôle crucial du Gouvernement dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- La nécessité d'investir dans le renforcement du système de santé (avec un accent particulier sur les SSP), y compris dans la formation, les équipements et les matériels, les produits de la santé de la reproduction et le système d'orientations/recours ;

- Le défi posé par la crise des ressources humaines pour la santé dans la région et la formation des cadres intermédiaires en tant que solution, et en particulier la nécessité de :
 - changer de politique dans le pays en optant pour la formation de cadres intermédiaire ;
 - associer au processus les institutions de formation et les organismes professionnels ;
 - mettre en place des politiques et stratégies de fidélisation et d'organisation de la carrière ;
 - Adopter une approche régionale de la formation des cadres intermédiaires ;
- Le rôle des accoucheuses traditionnelles dans le contexte où la plupart des accouchements se font à domicile ;
- L'importance de l'élimination des barrières financières à l'accès aux services de santé, y compris la participation financière des usagers, la mise en place de régimes d'assurance maladie, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- Le rôle crucial des communautés, y compris la participation des hommes aux efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, pour ce qui est de la préparation à l'accouchement et de l'amélioration de la communication et du transport ;
- La nécessité de l'intensification des interventions en faveur de la planification familiale, en tant qu'un des piliers de la maternité sans risque ;
- Le rôle de l'éducation dans l'autonomisation des femmes et des communautés.
- L'importance des systèmes de revue/audit des décès maternels et périnataux dans l'amélioration de la qualité des services.

Recommandations

- Les gouvernements doivent faire preuve d'engagement dans la réduction de la mortalité maternelle et jouer un rôle moteur dans les efforts visant à s'assurer que les femmes enceintes ont accès à des soins qualifiés à l'accouchement ;

- Les gouvernements doivent investir dans le renforcement des systèmes de santé (développement des ressources humaines, équipements et matériels, produits de la santé de la reproduction et systèmes d'orientation/recours, y compris les interventions au niveau communautaire, etc.), en utilisant à cette fin les ressources internes et externes ;
- Les gouvernements doivent envisager d'adopter des politiques et stratégies qui favorisent la formation et l'utilisation des cadres intermédiaires pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé maternelle et néonatale ;
- Pour éliminer les barrières financières à l'accès aux services de santé, les gouvernements doivent mettre en œuvre la stratégie régionale pour le financement de la santé, adoptée par la cinquante-sixième session du Comité régional (AFR/RC56/R5) ;
- Les gouvernements doivent revoir et réorienter le rôle des accoucheuses traditionnelles, conformément à la déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM) et de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) sur le rôle crucial des accoucheuses qualifiées ;
- Les gouvernements et les partenaires doivent plaider en faveur de la mise en place de mécanismes spécifiques de financement de la santé maternelle, néonatale et infantile ;
- L'OMS et les partenaires doivent fournir un appui aux gouvernements dans l'élaboration des programmes d'enseignement et dans la formation des cadres intermédiaires.

PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS L'INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Contexte

La Région africaine est la plus durement touchée par le paludisme, étant donné qu'elle enregistre environ 60 % des 300 à 500 millions de cas de paludisme et plus de 80 % des décès dus au paludisme chaque année dans le monde. Le coût économique du paludisme a été estimé en 2001 à US \$12 milliards par an. Un consensus général se dégage quant aux interventions présentant un bon rapport coût/efficacité dans la prévention et la lutte contre le paludisme, à savoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (PID), le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes et la prise en charge rapide et efficace des cas.

L'intérêt général manifesté pour le passage à l'élimination du paludisme souligne la nécessité d'accélérer l'intensification des interventions. La plupart des pays mettent en œuvre soit des interventions individuelles, soit des interventions combinées, sur la base d'une approche fragmentée, mais ils doivent encore intensifier ces interventions. Toutefois, dans certains pays comme l'Érythrée, le Kenya, le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, la Tanzanie (Zanzibar en particulier) et Madagascar, la morbidité et la mortalité due au paludisme ont enregistré une réduction significative. Des réductions similaires ont été observées en Afrique du Sud et au Swaziland, où l'on recourt essentiellement aux PID.

Objectifs

L'objectif général de la discussion de groupe était de partager les meilleures pratiques en vue d'aider les autres pays à obtenir des résultats similaires.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

1. Partager les meilleures pratiques et les leçons apprises dans l'intensification de la lutte contre le paludisme;

2. Identifier les voies et moyens d'accélérer l'intensification des interventions;
3. Faire des recommandations sur les perspectives pour accélérer l'intensification des interventions de prévention et de lutte contre le paludisme dans la Région.

Travaux

L'Honorable Ministre de la Santé de Madagascar a présidé la discussion de groupe. Deux exposés ont été faits sur les expériences d'intensification des interventions de prévention et de lutte contre le paludisme au Rwanda et en Érythrée. Au total, 121 délégués des États Membres et des organisations partenaires ont participé aux travaux. Les participants venus des États Membres ont procédé à des discussions et apporté des contributions très riches sur les progrès importants qu'ils ont accomplis, ainsi que sur les défis auxquels ils sont confrontés dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

Approche intégrée de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme au Rwanda

Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité au Rwanda, étant donné qu'il représente 50 % des consultations médicales externes. Pour s'attaquer au problème du paludisme, le Rwanda a élaboré un plan stratégique et mis en place un programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNILP). Les interventions clés mises en œuvre sont les MII, la communication pour le changement de comportement et le traitement efficace. L'exposé a mis en relief certaines des meilleures pratiques qui ont permis au Rwanda d'intensifier les interventions de lutte contre le paludisme.

Le Rwanda a mené, en septembre 2006, une campagne intégrée de lutte contre la rougeole et de distribution des MII. Environ 1 364 897 moustiquaires imprégnées de longue durée (101 % d'utilisation) ont été distribuées, tandis que la couverture par la vaccination contre la rougeole et d'autres maladies était estimée à 107 %. Une évaluation effectuée quatre semaines après la campagne a montré que 95 % des enfants de moins de 5 ans dormaient sous les moustiquaires imprégnées de longue durée. Depuis 2006, le Rwanda distribue des MII par l'intermédiaire des cliniques

anténatales et de vaccination. En 2007, 98 % des femmes enceintes fréquentant les cliniques anténatales ont reçu une MII, tandis que 100 % des enfants présents à la vaccination contre la rougeole à 9 mois ont reçu une moustiquaire imprégnée de longue durée.

Le programme de prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM) a commencé en 2004 dans quatre districts très endémiques et s'est élargi à 18 districts en 2007. Les employés PECADOM traitent maintenant avec l'artemether-lumefantrine. Une évaluation externe de la PECADOM effectuée en 2007 a montré que 80 % de tous les enfants soignés pour la fièvre, par l'intermédiaire de la PECADOM, ont reçu un traitement en moins de 24 heures après le début de la fièvre ; de plus, il y a eu 64 % de réduction des décès dus au paludisme dans les formations sanitaires des districts PECADOM.

En mi-2007, 60 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une MII, 74 % des femmes enceintes dormaient sous une MII, tandis que 65 % d'entre elles bénéficiaient de deux doses de TPI. Il y a eu également une réduction remarquable du nombre de cas et de décès dus au paludisme dans les formations sanitaires.

On a appris les leçons suivantes : les acteurs essentiels doivent être impliqués à chaque stade de la campagne ; l'intégration de la distribution des MII dans les activités de vaccination et de soins anténataux est possible et devrait être suivie de campagnes de communication pour le changement de comportement visant à encourager une utilisation soutenue ; la réussite des interventions de lutte contre le paludisme dépend de bonnes décisions techniques, d'une volonté et d'un soutien politiques constants, ainsi que d'un véritable partenariat entre les communautés, les autorités politiques, les acteurs essentiels et les partenaires.

Intensification des interventions de prévention et de lutte contre le paludisme en Érythrée

En Érythrée, le paludisme est endémique, très saisonnier, localisé et instable. Depuis 1999, l'Érythrée met en œuvre un ensemble d'interventions comprenant la prise en charge des cas, la lutte antivectorielle intégrée, la prévention de l'épidémie, le renforcement des capacités, la recherche opérationnelle, la promotion de la santé, la supervision, le suivi et l'évaluation, ainsi que la promotion des partenariats.

La stratégie de lutte antivectorielle intégrée comprend la distribution des MII, le retraitement des moustiquaires ordinaires, les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (PID), la réduction à la source ou l'élimination des gîtes de reproduction et les opérations larvicides. Depuis 2005, on a distribué uniquement des moustiquaires imprégnées de longue durée. En 2007, plus de 90 % des MII ont été retraitées gratuitement pour les bénéficiaires. Les agents de santé communautaire (ASC) prennent en charge environ 80 % de tous les cas suspects non compliqués de paludisme au niveau communautaire et renvoient les cas compliqués à la formation sanitaire la plus proche.

Les capacités sont renforcées à tous les niveaux et les ASC rapprochent les services des populations. La mise en œuvre du programme permettra d'atteindre les cibles de couverture d'Abuja et les objectifs de 2010 de l'initiative Faire reculer le paludisme relatifs à la morbidité et à la mortalité. En 2007, les cas de paludisme et de décès dus au paludisme, au niveau des formations sanitaires, avaient diminué de plus de 90 %. L'Érythrée a plus que réussi à obtenir les résultats attendus. L'engagement politique solide, la promotion de l'appropriation par les communautés, l'autonomisation et un bon système de surveillance et de suivi ont contribué au succès obtenu dans la lutte contre le paludisme en Érythrée. Ce pays a démontré que l'on peut maîtriser le paludisme dans un milieu à ressources limitées grâce à la mise en œuvre active d'un ensemble complet et intégré d'interventions, à un leadership fort à tous les niveaux, à la participation des ASC à la lutte contre le paludisme, ainsi que grâce à une gestion convenable des ressources disponibles.

Conclusions et recommandations

1. La mise en œuvre complète des interventions de prévention et de lutte a débouché sur une réduction de la morbidité et de la mortalité paludéennes dans beaucoup de pays. Tous les pays sont encouragés à accélérer la mise en œuvre complète des interventions de prévention et de lutte contre le paludisme pour garantir l'accès universel et un impact durable ;
2. Il faut renforcer le diagnostic parasitologique du paludisme pour rationaliser l'utilisation des associations thérapeutiques à base d'artémisinine et pour notifier correctement les vrais cas de paludisme et de décès dus au paludisme ;

3. La capacité de suivi et d'évaluation demeure faible dans beaucoup de pays. Par conséquent, les partenaires doivent aider les pays à renforcer les capacités de suivi et d'évaluation au niveau national et au niveau des districts pour leur permettre de rendre compte des performances. Le système de suivi et d'évaluation doit utiliser le système d'information sanitaire comme source principale de données, complétée par les enquêtes dans les ménages ;
4. Les pays doivent renforcer leur système de pharmacovigilance et de contrôle des insecticides et des médicaments dans le cadre de leur système de surveillance ;
5. Au fur et à mesure que les ressources pour la lutte contre le paludisme augmentent, les pays doivent saisir cette opportunité pour améliorer la gestion du programme national de lutte contre le paludisme, par exemple, en recrutant, en formant et en fidélisant les ressources humaines nécessaires ;
6. Il faut utiliser les ressources provenant des divers mécanismes de financement disponibles pour résorber les goulots d'étranglement au niveau du système de santé, tels que la gestion de la logistique et les capacités des laboratoires, qui peuvent entraver la mise en œuvre des interventions essentielles ;
7. Pour réaliser la couverture universelle de la prévention et du traitement du paludisme, il faut renforcer les approches communautaires. Les pays doivent décentraliser leurs programmes pour garantir un flux approprié de ressources et œuvrer à l'intégration judicieuse au niveau opérationnel ;
8. La collaboration avec les autres programmes, tels que le PEV, la Santé de l'enfant et de la mère, ainsi qu'avec les autres secteurs tels que l'environnement, l'éducation, l'administration locale, les municipalités, la société civile et le secteur privé, est indispensable à la réussite de la lutte contre le paludisme. Par conséquent, la coordination et les partenariats en matière de prévention et de lutte contre le paludisme doivent porter sur tous les programmes, secteurs et partenaires concernés afin de garantir une utilisation optimale des ressources disponibles et de mieux s'attaquer aux déterminants du paludisme ;

9. Grâce à la collaboration transfrontières, la lutte contre le paludisme a beaucoup progressé en Afrique australe; cette approche doit être encouragée par les communautés économiques régionales et par les partenaires afin d'obtenir un impact maximal des interventions antipaludiques débordant le cadre des frontières nationales ;
10. Les pays et les partenaires doivent continuer à plaider en faveur de la recherche opérationnelle afin d'élargir notre base de connaissances et de mettre au point de nouveaux médicaments et vaccins qui viendront s'ajouter à l'arsenal disponible pour la lutte contre le paludisme ;
11. Les partenaires doivent faciliter la production locale d'antipaludiques, de MII et d'autres produits pour la lutte antipaludique pour que les pays disposent des capacités nécessaires dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les médicaments traditionnels ayant fait leurs preuves ;
12. Au fur et à mesure que les pays témoigneront de l'impact de leurs interventions, il faudra maintenir et renforcer les engagements politiques et financiers afin de garantir la durabilité des premiers gains. L'élimination du paludisme reste le but ultime à atteindre, comme l'ont recommandé les Chefs d'État de l'Union africaine en mai 2006 dans l'appel d'Abuja.

PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS L'INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET DE SOINS DU VIH/SIDA

I. Introduction

La région de l'Afrique subsaharienne reste la plus touchée par le VIH/sida. Selon les estimations du Rapport ONUSIDA/OMS 2007, jusqu'à 1,7 million de personnes ont été infectées par le VIH rien qu'en 2007, ce qui porte le nombre total de personnes vivant avec le virus à 22,5 millions.

Dans ce contexte, les pays de la Région africaine ont accompli de remarquables progrès dans la mise en œuvre des divers éléments des interventions de prévention,

de traitement et de soins du VIH/sida au cours des trois à quatre dernières années. Un certain nombre de pays ont enregistré de meilleures pratiques qui méritent d'être partagées. S'agissant de la prévention, la campagne « Connaître son statut sérologique », lancée au Lesotho en janvier 2006, a permis à plus de 250 000 personnes (dans ce pays qui compte au total 1 800 000 habitants), de connaître leur statut sérologique. Dans ses efforts de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, le Sénégal a documenté les interventions efficaces ciblant les groupes les plus à risque tels que les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. En ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), le Botswana est en train d'accomplir des progrès significatifs vers la réalisation de l'accès universel. Pour ce qui est du traitement et des soins, la Zambie a réussi à améliorer le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TAR), le portant à plus de 50%.

Une discussion de groupe a été organisée, au cours de la cinquante-huitième session du Comité régional, le mercredi 3 septembre 2008 de 14 h 30 à 17 h 30, pour permettre aux délégations des pays de partager les expériences et les leçons apprises dans l'intensification de certaines interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida.

Les objectifs spécifiques de la discussion de groupe étaient les suivants :

- a) Partager l'information sur les facteurs de succès de l'intensification des interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida;
- b) Partager l'information sur les facteurs susceptibles d'entraver les efforts soutenus visant à intensifier les interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida;
- c) Recommander les stratégies requises pour s'attaquer aux goulots d'étranglement, afin de promouvoir la reproduction des meilleures pratiques dans la Région.

II. Travaux

La discussion de groupe sur les «meilleures pratiques dans l'intensification des interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida» a été présidée par l'Honorable Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Lesotho, Hon. Dr Mpfu Ramatlapend. Au total, 106 délégués ont participé aux travaux.

L'exposé sur l'expérience du **Botswana** dans l'intensification de la PTME intitulé « Intensification de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et du diagnostic rapide chez les nouveaux-nés » a été présenté par *Dr Khumo SEIPONE, MD, MPH*, Directeur du Département de la prévention et des soins du VIH/sida au Ministère de la Santé. Ce fut un rapport sur la fructueuse intensification du programme national de PTME et de diagnostic rapide chez les nouveaux-nés au Botswana. Le programme national de PTME du Botswana est le premier en Afrique ayant réussi, au niveau national, à faire baisser la transmission mère-enfant de 40 % à 4 % en l'espace de 3 ans. De même, lorsque s'est présentée la technique des taches de sang séché (TSS) pour les prélèvements en vue du diagnostic rapide du VIH chez les nouveaux-nés, le Botswana l'a diffusée dans toutes les formations sanitaires en 2006. Au nombre des facteurs cruciaux de succès du programme de PTME du Botswana figurent, entre autres, l'accès universel aux soins anténatals et aux services d'accouchement, l'engagement politique et financier soutenu, la collaboration effective, le soutien des partenaires et leur coordination, les solutions novatrices pour pallier les pénuries de ressources humaines qualifiées, ainsi que les approches novatrices du conseil et dépistage du VIH.

L'exposé sur l'expérience du **Lesotho** intitulé « Campagne Connaître son statut sérologique » comme point d'entrée dans l'intensification des interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH, ainsi que des services de soutien au Lesotho, a été présenté par Dr Mpolai Maseila Moteetee, Directeur général des services de santé. Le gouvernement du Lesotho a pris la décision courageuse et ambitieuse de lutter contre le VIH/sida en menant une campagne pour amener tous les Mosothos âgés de plus de 12 ans à connaître leur statut sérologique en 2007 grâce au conseil et dépistage du VIH (CDV). Le Lesotho a connu une augmentation formidable du nombre de personnes demandant le dépistage du VIH depuis le lancement de la campagne « Connaître son statut sérologique » dans les districts. En

octobre 2007, plus de 248 462 personnes avaient subi le conseil avant le dépistage dont 229 092 (92 %) ont accepté le dépistage du VIH. L'engagement politique solide et le soutien des partenaires au développement, ainsi que la participation communautaire ont été les facteurs essentiels de succès de la campagne « Connaître son statut sérologique ».

L'exposé sur l'expérience de la **Zambie**, intitulé « Utilisation des ressources et interventions communautaires pour obtenir un impact durable de l'intensification de la thérapie antirétrovirale », a été présenté par Dr Ben Chirwa, Directeur général du Conseil national de lutte contre le VIH/sida/IST. Cet exposé a mis en relief les initiatives novatrices adoptées pour garantir une intensification fructueuse de la thérapie antirétrovirale en Zambie. Au nombre de ces initiatives figuraient la mise en place de programmes d'encadrement clinique, la décentralisation des services de traitements antirétroviraux et le transfert des tâches, la création de réseaux pour compenser le manque de personnel local qualifié, ainsi que la mise au point d'aides visuelles simples pour stimuler l'adhésion à la thérapie antirétrovirale.

L'exposé sur l'expérience du **Sénégal**, intitulé « La mise en œuvre de programmes de lutte contre le sida en direction des groupes vulnérables au Sénégal : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, et travailleurs du sexe », a été présenté par Dr Abdoulaye S. Wade, Chef de la Division de la lutte contre le VIH/sida/IST au Ministère de la Santé. Il a mis en relief l'expérience sénégalaise dans la mise en œuvre des interventions de prévention du VIH ciblant les groupes les plus à risque (les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes) ; les réalisations relatives à la sensibilisation, à la connaissance et à l'utilisation accrues du conseil et du dépistage, à la lutte contre la transmission par voie sexuelle ciblant les groupes les plus à risque, ainsi qu'à la stabilisation de la prévalence du VIH au fil du temps.

Tous les exposés ont mis en relief la situation du VIH/sida dans les quatre pays : les informations de base sur les meilleures pratiques, les objectifs, les interventions et les mesures correctives prises pour relever certains des défis rencontrés durant la mise en oeuvre, les principaux résultats obtenus, les leçons apprises et les perspectives d'avenir.

III. Leçons apprises

Les participants ont félicité le Bureau régional d'avoir initié et entretenu l'effort de documentation des meilleures pratiques. Les points essentiels qui ont émergé des exposés et des discussions étaient les suivants:

- L'engagement politique solide, le fait d'avoir les gouvernements à la place du conducteur, les partenariats efficaces (surtout avec la société civile et le secteur privé), ainsi que la participation communautaire sont indispensables à la réussite de l'intensification ;
- L'offre ordinaire du conseil et du dépistage est indispensable à l'utilisation accrue des services de prévention et de traitement du VIH/sida;
- Le transfert des tâches et l'utilisation de cadres non-spécialistes sont des stratégies cruciales pour s'attaquer à l'énorme crise de ressources humaines dans le secteur de la santé en Afrique ; l'encadrement est également une stratégie essentielle pour renforcer efficacement les capacités actuelles de prestation de services de soins de santé ;
- La décentralisation et l'intégration efficaces des services dès le début sont indispensables à l'intensification rapide des services ;
- La nécessité de cartographier et de cibler les groupes les plus à risque tels que les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, et les travailleurs du sexe, si l'on veut obtenir un impact, non seulement dans les contextes d'une épidémie concentrée, mais également dans les pays ayant une épidémie généralisée ; les stratégies complètes de prévention, de traitement et de soins du VIH sont indispensables pour répondre aux besoins des groupes les plus à risque ;
- La nécessité d'intensifier les efforts de prévention du VIH et de lier la prévention du VIH au traitement et aux soins pour garantir une meilleure efficacité de l'approche globale ;
- La créativité et l'utilisation d'approches novatrices comprenant la création de réseaux et l'utilisation d'initiatives communautaires locales dans la

prestation des services peuvent aider à surmonter les obstacles résultant de la pénurie de personnel ;

- La mobilisation des ressources locales est indispensable à l'obtention de ressources supplémentaires auprès des sources externes.

IV. Recommandations

Les recommandations suivantes ont été faites :

- Accélérer les efforts de prévention du VIH tout en continuant à élargir la couverture antirétrovirale dans la Région africaine ; ce faisant, accorder une attention particulière aux domaines suivants : améliorer l'accès au conseil et dépistage, renforcer les systèmes de surveillance pour mieux connaître les épidémies locales, réduire la stigmatisation et la discrimination, trouver la bonne combinaison d'interventions de prévention pour chaque type d'épidémie, renforcer les capacités de suivi et d'évaluation, renforcer les systèmes de santé, et faire participer la communauté ;
- Créer un environnement propice, notamment un cadre législatif qui appuie convenablement l'intensification des interventions de lutte contre le VIH/sida ;
- Élaborer des plans à long terme de durabilité et augmenter le financement interne, renforcer les partenariats existants et en forger de nouveaux ;
- Continuer à documenter les meilleures pratiques et mettre en place un mécanisme de diffusion constante de l'information ;
- Le Bureau régional doit continuer à fournir une assistance technique, notamment dans les domaines du suivi et d'évaluation des programmes et de la surveillance de la résistance aux antirétroviraux ;
- Réaliser un examen exhaustif des programmes et renforcer le programme de recherche ;

Promouvoir les initiatives sous-régionales pour garantir les synergies entre les pays et s'attaquer aux problèmes débordant le cadre des frontières nationales.

PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS L'AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE VACCINALE SYSTÉMATIQUE

I. Introduction

La vaccination est largement reconnue comme un facteur contribuant d'une manière significative à l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (MOD 4), à savoir la réduction de deux tiers ou plus de la mortalité et de la morbidité infantiles dues à des maladies évitables par la vaccination d'ici 2015, par rapport au niveau de 2000.

Au cours des années 80, la majorité des États Membres de la Région africaine ont mis en œuvre la stratégie de vaccination universelle des enfants (UCI) qui a permis d'améliorer substantiellement la couverture vaccinale (en termes de couverture DTC3 à l'âge d'un an). Malheureusement, la plupart de ces pays n'ont pas pu pérenniser cette couverture pour diverses raisons, ce qui a contribué à réduire la couverture vaccinale à une moyenne régionale dépassant à peine 50 %.

Reconnaissant la nécessité d'élargir la couverture vaccinale, l'OMS et les partenaires ont élaboré en 2002 l'approche «Atteindre Chaque District» (ACD) pour relever et maintenir à un haut niveau la couverture vaccinale systématique. L'approche ACD est constituée des cinq grandes composantes suivantes :

- a) Planification et gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- b) Atteinte des populations cibles ;
- c) Établissement de liens entre les services et les communautés ;
- d) Supervision d'appui ;
- e) Suivi aux fins d'action (auto-suivi, rétroaction et outils).

Les États Membres de la Région africaine ont adopté l'approche ACD et ont mis en œuvre partiellement ou intégralement ses composantes, avec des degrés de succès variés. Au mois de décembre 2007, la couverture vaccinale systématique dans la Région africaine était passée à plus de 70 %, contre 57 % en 2002, essentiellement du fait de la mise en œuvre de l'approche ACD.

Pour promouvoir le partage des meilleures pratiques dans l'amélioration de la couverture vaccinale systématique dans la Région africaine, une discussion de groupe a été organisée au cours de la 58^{ème} session du Comité régional, le mercredi 4 septembre 2008 de 14h30 à 17h30.

Les objectifs spécifiques de la discussion de groupe étaient les suivants :

- a) Présenter et identifier les meilleures pratiques dans les efforts visant à s'attaquer aux défis gestionnaires et techniques dans la mise en œuvre de l'approche ACD ;
- b) Identifier les approches stratégiques et opérationnelles permettant d'optimiser l'impact de l'approche ACD ;
- c) Identifier les approches complémentaires contribuant à améliorer la couverture vaccinale.

II. Travaux

La discussion de groupe sur les «Meilleures pratiques dans l'amélioration de la couverture vaccinale systématique» a été présidée par l'Honorable Ministre de la Santé publique du Kenya et a enregistré la participation de représentants des États Membres de la Région et de divers partenaires intervenant dans le domaine de la vaccination.

Quatre pays (Ouganda, Bénin, Burkina Faso et Rwanda) ont été invités à présenter leurs expériences et meilleures pratiques dans la mise en œuvre des composantes de l'approche ACD comme suit :

- a) **Bénin** : «Meilleures pratiques et défis dans le renforcement de la planification et de la gestion des ressources en vue de la mise en œuvre de l'approche ACD» ;
- b) **Ouganda** : «Meilleures pratiques et défis dans le renforcement de la supervision d'appui pour la mise en œuvre de l'approche ACD et dans l'organisation des semaines de la santé infantile» ;
- c) **Burkina Faso** : «Meilleures pratiques et défis dans le renforcement des services de proximité dans le cadre de la mise en œuvre» ;

- d) **Rwanda** : «Meilleures pratiques et défis dans le renforcement du suivi et des liens avec les communautés dans la mise en œuvre de l'approche ACD».

Tous les pays représentés à la discussion de groupe ont reconnu le rôle clé de l'approche ACD dans l'amélioration de la performance des programmes, de la couverture vaccinale et de l'équité au niveau des services, ainsi que la contribution de cette approche à la réduction de la mortalité infantile et juvénile. L'approche ACD, qui a été initialement conçue dans la Région africaine, bénéficie d'une forte volonté politique dans les États Membres. Des progrès ont certes été réalisés, mais les États Membres poursuivent leurs efforts visant à élargir la couverture vaccinale pour la porter à un niveau plus élevé encore, à améliorer la mise en œuvre de l'approche ACD et à renforcer les systèmes de santé. En plus des quatre panélistes, l'Afrique du Sud, le Cameroun, le Gabon, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, la Malawi, Maurice, le Nigéria et la Zambie ont contribué à la discussion en partageant brièvement leurs expériences dans la mise en œuvre de l'approche ACD.

III. Leçons apprises

Les participants ont félicité le Bureau régional de l'OMS pour avoir initié et appuyé la documentation des meilleures pratiques dans le domaine de la vaccination. Les questions suivantes ont été soulevées au cours de la présentation des exposés et des discussions :

- La supervision d'appui systématique et régulière, avec la participation d'acteurs de haut niveau ;
- L'utilisation des agents de santé communautaires pour combler les déficits de ressources humaines. Ces agents apportent leur concours à l'enregistrement des naissances et au repérage des groupes défaillants, entre autres activités ;
- L'association des structures communautaires à la planification et à la mise en œuvre des activités de vaccination ;

- L'utilisation des données émanant du suivi et de la supervision pour identifier les lacunes et mettre en œuvre des mesures correctives au niveau opérationnel ;
- L'application des méthodes d'audit de la qualité des données et d'autoévaluation de la qualité des données pour le suivi et la validation des données sur le suivi de la qualité de la vaccination ;
- L'utilisation de la couverture vaccinale comme un des indicateurs de la performance et de la responsabilité au niveau du district ;
- Le comblement des déficits de financement par l'allocation de ressources budgétaires pour l'achat des vaccins habituels, en privilégiant à cet égard les partenariats locaux et le recours à l'appui de la GAVI pour le renforcement des services de vaccination et de santé ;
- La reconnaissance de la bonne performance à tous les niveaux ;
- La mise en œuvre d'un paquet d'interventions à grand impact, à intégrer dans la vaccination systématique, par le biais d'activités périodiques telles que les campagnes de vaccination de masse et les journées/semaines de la santé maternelle et infantile ;
- L'élaboration et le financement d'un plan de remplacement du matériel de la chaîne du froid et d'autres matériels de la logistique du PEV, y compris les véhicules ;
- La réduction à un niveau minimal des opportunités perdues de vaccination, dans le cadre des services curatifs.

IV. Recommandations

La discussion de groupe a formulé les recommandations suivantes :

1. Tout doit être mis en œuvre pour maintenir la forte volonté politique en faveur de la mise en œuvre de l'approche ACD, et cette volonté doit s'accompagner de l'augmentation des financements et d'une responsabilité accrue dans la gestion des fonds fournis par les partenaires et les gouvernements ;

2. Les États Membres qui ne l'ont pas encore fait doivent être encouragés à fournir une ligne budgétaire pour la vaccination, y compris pour l'achat de vaccins ;
3. Les États Membres doivent continuer à mettre pleinement en œuvre les cinq composantes de l'approche ACD :
 - Planification et gestion des ressources,
 - Atteinte des populations cibles, y compris le rétablissement des services de proximité,
 - Établissement de liens avec les communautés,
 - Supervision d'appui,
 - Suivi et utilisation de l'information aux fins d'action.
4. Les États Membres sont encouragés à conduire la recherche opérationnelle sur les barrières à la vaccination en vue de l'élimination des goulots d'étranglement spécifiques entravant l'atteinte des cibles ;
5. L'OMS doit continuer à documenter et à diffuser les meilleures pratiques dans la mise en œuvre de l'approche ACD et des autres approches concourant à l'amélioration de la couverture vaccinale ;
6. Les États Membres et les partenaires doivent explorer les voies et moyens d'utiliser l'approche ACD pour intégrer la mise en œuvre d'autres interventions telles que les interventions en faveur de la santé maternelle et infantile ;
7. Tel que l'ont demandé les États Membres au niveau de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS doit continuer à plaider auprès de la GAVI et des autres partenaires en faveur de l'éligibilité des pays à revenu intermédiaire au financement destiné au renforcement des capacités ;
8. Les États Membres et les partenaires doivent continuer à œuvrer à une surveillance et à un suivi de la vaccination de haute qualité, en tant que stratégies clés de lutte contre la maladie et de détermination de l'impact des activités de vaccination.

**MOT DE BIENVENUE DE M. GILBERT TSIMI EVOUNA,
DÉLÉGUÉ DU GOUVERNEMENT AUPRÈS
DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE YAOUNDÉ**

Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Représentant personnel du Chef de l'État,
Madame le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies,
Monsieur le Président de la Commission de l'Union africaine,
Monsieur le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Excellences Mesdames et Messieurs les Chefs des Missions diplomatiques et consulaires,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations internationales,
Distingués Délégués,
Honorables Invités,
Mesdames et Messieurs,

Il m'est très agréable de m'adresser à vous, en ma qualité de Délégué du Gouvernement auprès de la Communauté urbaine de Yaoundé, Premier Magistrat de la Ville qui a le privilège et le plaisir de vous accueillir, à l'occasion de la 58^{ème} session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

À vous tous, qui êtes venus des hautes instances internationales et des quatre coins du continent, je voudrais dire combien la Ville de Yaoundé est heureuse de vous compter parmi ses distingués hôtes.

Au nom des populations et en mon nom propre, je souhaite à chacune et à chacun de vous une cordiale bienvenue et un agréable séjour parmi nous.

Distingués Délégués du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique,

C’est à Brazzaville, en août 2007, lors de la 57^{ème} session du Comité régional, que vous avez bien voulu donner une suite favorable à la demande du Cameroun, après l’accord de Son Excellence Monsieur Paul BIYA, Président de la République, d’accueillir les présentes assises.

Votre accord -dois-je le souligner- était l’expression de la haute confiance placée en notre Cité Capitale qui se sent très honorée.

En cette heureuse circonstance, permettez-moi de vous dire solennellement MERCI d’avoir choisi de venir à Yaoundé, où vous ne serez pas déçus.

Yaoundé est traditionnellement une terre d’hospitalité, une terre d’accueil, habituée aux rencontres internationales de ce genre.

Je voudrais d’ores et déjà vous assurer de notre disponibilité et de notre volonté de vous offrir ce que nous avons de meilleur pour que la session de Yaoundé se déroule dans de bonnes conditions.

Je vais terminer, Excellences, Mesdames et Messieurs, en souhaitant plein succès à la 58^{ème} session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique à Yaoundé et, une fois de plus, un agréable séjour à tous les participants.

Je vous remercie de votre bienveillante attention.

**ALLOCUTION DU DR LUIS GOMES SAMBO, DIRECTEUR RÉGIONAL
DE L'OMS POUR L'AFRIQUE, À L'OUVERTURE DE LA 58^{ÈME} SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Représentant personnel du Chef de l'État,
Excellence Madame le Président de la 57^{ème} session du Comité régional,
Distingués Membres du Gouvernement du Cameroun,
Honorables Ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine,
Madame la Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur l'Envoyé Spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le Paludisme,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Membres du Corps diplomatique,
Mesdames et Messieurs le Représentants des Organisations internationales,
Cher Professeur Monekosso, Directeur régional émérite de l'OMS pour l'Afrique,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur et un agréable devoir pour moi de prendre la parole à l'occasion de la 58^{ème} session du Comité régional qu'accueille pour la seconde fois Yaoundé, ville aux sept collines, « vallonnée, fleurie et parsemée d'innombrables palmiers », qui est l'une des villes les plus pittoresques d'Afrique.

Je voudrais exprimer ma profonde gratitude à Son Excellence Monsieur Paul Biya, Président de la République, à Monsieur le Premier Ministre, à son Gouvernement et aux différentes autorités, pour l'hospitalité et toute l'attention dont nous avons bénéficié depuis notre arrivée au Cameroun.

Les quatre dernières années ont été très riches en réalisations, ce qui témoigne de notre engagement et de notre détermination, pays membres et partenaires, pour le renforcement des systèmes de santé en vue d'assurer le meilleur état de santé possible aux populations africaines.

La contribution de l'OMS est fondée sur les cinq orientations stratégiques qui guident son action dans la Région africaine depuis quatre ans; il s'agit du renforcement de l'appui aux pays, du renforcement et de l'extension des partenariats pour la santé, du renforcement des politiques et systèmes de santé, de la promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles, et du renforcement de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

Dans le cadre du renforcement de la présence de l'OMS dans les pays, un important réexamen du profil du personnel des bureaux de pays a été entrepris en vue de mettre en cohérence l'expertise de nos personnels avec les besoins spécifiques de santé des pays.

Une attention particulière a été accordée aux spécificités des pays insulaires, des pays fortement peuplés, des pays en crise et en post crise.

Dans toute la Région, nous avons poursuivi l'élaboration et la mise en œuvre des Stratégies de coopération avec les pays, plus adaptées à leur contexte. Au regard des objectifs du Millénaire pour le développement et des réformes en cours au sein des Nations Unies, il s'est avéré nécessaire d'initier une actualisation de ces stratégies, qui est en cours.

Au plan institutionnel, il y a lieu de saluer l'excellence des liens de travail entre le Siège et le Bureau régional. Sous le leadership du Dr Margaret Chan, Directeur général, les Directeurs régionaux ont maintenant un forum de discussion et de prise de décisions conjointes. Par ailleurs, l'initiative du Directeur général d'organiser une réunion spéciale avec les Directeurs de la Région africaine et de la Méditerranée orientale pour discuter exclusivement des problèmes spécifiques du continent africain, a apporté une nouvelle impulsion à la collaboration entre le personnel du Bureau régional de l'Afrique et celui du Siège.

Le Bureau régional a été réorganisé afin de focaliser son action sur des fonctions normatives, d'élaboration de politiques et de stratégies, ainsi que sur la mobilisation des ressources. Des équipes inter-pays multidisciplinaires ont été constituées et installées depuis le début de l'année 2007 à Ouagadougou, à Harare et à Libreville en vue d'une coopération technique de qualité avec les pays. Quant aux bureaux de l'OMS dans les pays, ils ont bénéficié d'un apport supplémentaire en ressources.

Des délégations de pouvoirs conséquentes ont été faites aux gestionnaires à différents niveaux en vue de rendre le Bureau régional, les équipes inter-pays et les bureaux de pays plus performants.

En matière de gestion, un système de communication efficient a été mis en place et permet de relier et de faire travailler en temps réel tous les niveaux de l'Organisation ; dans les prochaines semaines, un nouveau système de gestion, le GSM, optimisant l'exécution des transactions et intégrant un contrôle renforcé, sera mis en place.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Au plan du partenariat, il y a lieu de relever que notre coopération avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales a atteint, à ce jour, des niveaux inégalés. Nous avons également renforcé notre collaboration avec les Agences des Nations Unies, notamment avec l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le PNUD et le PNUE, et avec les institutions financières internationales telles que la Banque mondiale et la Banque africaine de développement; nous avons aussi obtenu une meilleure coordination de nos activités respectives en appui aux pays.

Nous avons par ailleurs renforcé nos liens de coopération avec des partenaires bilatéraux, entre autres, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord et la France.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la réforme des Nations Unies et de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

En collaboration avec ces mêmes partenaires, il a été lancé l'Initiative sur l'harmonisation pour la santé en Afrique en vue d'aider les pays à coordonner la mobilisation de ressources prévisibles et durables pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Nous avons poursuivi notre contribution au renforcement des systèmes nationaux de santé fondé sur l'approche des Soins de Santé primaires et centré sur le système de santé local, équivalent au district sanitaire. Ceci a été réaffirmé dans la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en avril 2008.

La crise des ressources humaines pour la santé demeure une situation préoccupante, et la formation et la fidélisation des personnels qualifiés requièrent une urgente attention; un observatoire régional des personnels de santé a été établi au Bureau régional pour mieux identifier les progrès réalisés par les pays et produire des bases factuelles pour la prise de décisions.

Pour ce qui est de la recherche, l'écart entre les connaissances et les pratiques est encore important; la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé en Afrique, adoptée en juin 2008, fera certainement date en la matière.

Le passage à l'échelle des interventions sanitaires prioritaires en matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, le paludisme et le VIH/sida, et la prise en charge intégrée des problèmes de santé de la mère et de l'enfant, connaissent des progrès significatifs, mais d'importance variable.

La mortalité maternelle reste encore à un niveau inacceptable et ceci nous interpelle tous. Il n'y a pas de progrès et nous avons besoin de beaucoup plus d'investissements dans ce domaine hautement prioritaire qui demeure sous-financé.

Dans le domaine de la vaccination, le fait marquant dans la Région africaine reste la baisse de la mortalité due à la rougeole qui a été réduite de 91 % en 2006 par rapport à son niveau de 2000. Les États Membres doivent faire preuve d'engagement

accru en vue de maintenir cet acquis, notamment par une couverture vaccinale systématique élevée.

En dépit des difficultés opérationnelles, l'éradication de la poliomyélite a connu des progrès substantiels et reste techniquement faisable. Toutefois, l'existence d'un foyer endémique et la persistance de la circulation du poliovirus sauvage dans plusieurs pays de la Région restent préoccupantes.

S'agissant du paludisme, l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'arthémisinine et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent, les pulvérisations intradomiciliaires, les interventions ciblant le groupe vulnérable mère-enfant connaissent une certaine amélioration. De nouvelles opportunités de financement s'ouvrent en vue d'un contrôle plus efficace du paludisme. Nous saluons la nouvelle initiative du Secrétaire général des Nations Unies dont l'Envoyé spécial pour le paludisme, M. Ray Chambers, est parmi nous en qualité d'invité d'honneur.

Dans le cadre de la prévention de l'infection à VIH, l'année 2007 a été déclarée Année de l'Accélération de la Prévention contre du VIH, sous l'égide de l'Union africaine. Compte tenu de la tendance actuelle de l'épidémie, la prévention demeure la stratégie clé. En ce qui concerne l'accès aux médicaments anti-rétroviraux, il s'accélère et s'améliore dans la majorité des pays.

La moitié des pays de la Région ont signalé des cas de tuberculose à bacilles multirésistants en 2007 ; et la co-infection tuberculose-VIH, qui atteint des pics de 75 % dans certains pays, est une préoccupation majeure.

L'OMS a soutenu régulièrement les pays dans le cadre du renforcement de leurs capacités de surveillance et de riposte aux épidémies, conformément à ses lignes directrices. Une réponse appropriée a été apportée aux épidémies de fièvre de Marburg, d'Ebola, de méningite cérébrospinale et de choléra qui ont sévi dans la Région.

En raison des menaces de grippe aviaire à virus H5N1, le Bureau régional a élaboré un plan stratégique et a renforcé les capacités d'intervention des pays, en étroite collaboration avec ses partenaires. Cette préparation a permis de répondre aux épidémies de grippe aviaire intervenues dans certains pays.

Mais, je me dois de souligner que d'une façon générale, la Région africaine n'est pas prête à faire face à une pandémie humaine, raison pour laquelle j'en appelle aux États Membres pour renforcer leur niveau de préparation.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Les maladies chroniques telles que le diabète, le cancer, l'hypertension et les autres maladies cardio-vasculaires deviennent de plus en plus importantes comme problèmes de santé publique. Nombre d'entre elles sont associées à des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et la sédentarité, entre autres.

Une Stratégie régionale de lutte contre les maladies non transmissibles a été adoptée, et d'autres seront adoptées au cours de la présente session. Des enquêtes sur les facteurs de risque ont été conduites dans la moitié des pays de la Région. Le moment est venu de passer à l'action !

Pour ce qui est des risques liés à l'environnement, il me plaît de saluer le succès de la première Conférence interministérielle des Ministres de la Santé et de l'Environnement des pays africains, qui s'est tenue à Libreville la semaine dernière. Les engagements pris et les orientations contenues dans la Déclaration dite de Libreville portent sur le plaidoyer et le renforcement de l'engagement politique en faveur du développement durable, la nécessité d'investissements pour améliorer l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, l'établissement de mécanismes d'étroite collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'environnement, et l'élaboration de politiques intégrées pour des écosystèmes plus favorables à la santé humaine. La nécessité d'une participation plus active des communautés et des collectivités locales a été mise en exergue.

Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef de Gouvernement,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais rappeler que l'histoire de la santé publique nous apprend que des améliorations substantielles dans l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, l'hygiène publique, l'accès à un habitat salubre, l'élévation du niveau d'éducation, l'alimentation et la nutrition saines et équilibrées, entre autres, ont conduit à une réduction importante des maladies transmissibles et à une meilleure qualité de vie.

Nous sommes à mi-chemin de l'horizon 2015 et en dépit des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement, nous devons renforcer la coordination et les partenariats, la mobilisation de ressources additionnelles pour mettre à l'échelle les interventions ayant fait la preuve de leur efficacité. Dans cette démarche, la participation active des communautés et des collectivités doit bénéficier d'une attention particulière.

L'amélioration de la performance des économies africaines et la réduction du nombre et de l'ampleur des conflits constituent un véritable motif d'espoir. Les conditions de développement sanitaire semblent plus que jamais favorables, comme j'ai pu le constater personnellement lors de mes visites à la majorité des pays de la Région.

En somme, l'espoir est permis.

Je vous remercie de votre aimable attention.

ANNEXE 8

ALLOCUTION DU COMMISSAIRE AUX AFFAIRES SOCIALES DE LA COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE, M^E BIENCE GAWANAS

Madame le Directeur général de l'OMS, Dr Margaret Chan,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, Dr Luis G. Sambo,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs

C'est un honneur pour la Commission de l'Union africaine d'être invitée à prendre part à la 58^{ème} session du Comité régional de l'OMS, et j'ai le privilège de prononcer cette brève allocution à la séance d'ouverture. J'adresse mes félicitations au Directeur régional de l'OMS et à son équipe pour l'excellente conception, le caractère innovant et équilibré de l'ordre du jour de la réunion, dont l'objectif est de se pencher sur les défis sanitaires auxquels est confrontée l'Afrique.

Au fur et à mesure que la pauvreté augmente, l'état nutritionnel des populations se dégrade, ce qui entraîne une aggravation de la situation sanitaire, surtout chez les pauvres et en milieu aussi bien rural qu'urbain. Ce contexte a été le terrain fertile qui a favorisé l'endémicité de maladies nouvelles comme l'infection à VIH. Par ailleurs, des maladies comme la fièvre à virus Ebola et la fièvre de Marbourg ont pu émerger soudain, faute de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours tant par les gouvernements que par les partenaires internationaux. Les systèmes nationaux de santé et les systèmes politiques ont réagi tardivement, avec un minimum de ressources et d'outils, et avec des moyens limités en termes de ressources humaines. Qui plus est, la situation socio-économique, qui laisse déjà à désirer, a accéléré l'émigration des personnels de santé vers les pays plus riches.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs

C'est avec plaisir que je reconnais que les leçons apprises dans les années 90 ont à présent (dans les années 2000) des effets favorables sur la conscientisation des dirigeants aux niveaux national, régional et international. Par conséquent, le secteur de la santé se retrouve progressivement au centre du processus de prise de décisions, et les partenaires internationaux, multilatéraux et bilatéraux et les institutions spécialisées sont en train d'accorder la priorité aux défis sanitaires de l'Afrique. En effet, c'est dans ce contexte que le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les bailleurs de fonds et les fondations sont devenus la principale source de financement des activités de santé en Afrique.

De plus, les Chefs d'État et de Gouvernement se sont engagés à renforcer leur volonté politique en mobilisant la société tout entière pour lutter contre les principales maladies qui sévissent sur le continent.

Les leçons apprises dans les années 90 ont permis de renforcer la collaboration entre l'Union africaine et l'OMS, et de galvaniser les autres partenaires pour qu'ils se joignent à nous pour coordonner et harmoniser nos programmes afin de concentrer notre action sur les défis sanitaires de notre continent. À cet égard, j'exprime toute ma gratitude au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour le soutien qu'il apporte à la Commission de l'Union africaine afin de lui permettre de mener ses activités en faveur de l'amélioration de la santé en Afrique. Contrairement aux autres décennies écoulées, où les deux organisations travaillaient quelque peu indépendamment l'une de l'autre à la résolution des mêmes problèmes de santé, la présente décennie s'avère passionnante et féconde, car les deux organisations collaborent à la production d'un rapport commun qui sera soumis au Sommet de l'Union africaine.

L'OMS et l'Union africaine collaborent étroitement à l'élaboration du rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des engagements pris en mai 2006 au Sommet spécial d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Ce rapport était accompagné de rapports spécifiques, à savoir : le rapport sur la situation du VIH

et du sida, le rapport sur la situation de la tuberculose en Afrique et le rapport sur la situation du paludisme en Afrique. De plus, les deux organisations ont collaboré à la production du rapport sur la situation de la médecine traditionnelle africaine. Ces rapports ont été présentés à la Session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (CAMH) qui s'est tenue le 17 mai 2008. À cet égard, je rends hommage aux Ministres de la Santé qui ont pris part à cette session spéciale et qui sont de nouveau ici pour délibérer sur les défis sanitaires de l'Afrique. Leur présence est la preuve de leur détermination à améliorer la situation sanitaire du Continent.

Les rapports de situation avaient été adoptés par la Session spéciale des Ministres de la Santé de l'Union africaine et présentés au onzième Sommet ordinaire de l'Union africaine, tenu à Sharm El-Sheikh, en Egypte, du 30 juin au 1^{er} juillet 2008. Le Sommet a adopté et pris des décisions concernant les rapports présentés.

Le Sommet a également enregistré la participation de M. Chambers, Envoyé spécial des Nations Unies pour le Paludisme.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs,

La lenteur enregistrée dans la mise en œuvre des engagements pris implique que nous ne devons nous appliquer davantage à sensibiliser les dirigeants africains en leur faisant comprendre que sans une amélioration de la santé, le développement socio-économique accéléré de l'Afrique ne sera pas possible et aucun des OMD ne sera atteint. Nous devons en permanence insister sur un message, à savoir que les maladies, les taux de morbidité constants et élevés au sein des populations, et l'augmentation des taux de mortalité privent la société des ressources humaines, et réduisent par conséquent la contribution de la main d'œuvre à toutes les activités de développement.

La mauvaise santé et son cortège de traumatismes socio-psychologiques et de faiblesses physiologiques réduisent la capacité des individus à absorber et à assimiler les connaissances nécessaires pour améliorer le bien-être des individus, des familles

et de la communauté. La réduction de cette capacité provoque des incertitudes et augmente les facteurs de risque. Ce faisant, elle diminue le zèle visionnaire des individus à faire face à ces risques.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs,

Le défi que nous devons à présent relever, en tant qu'organisations, est de fournir les outils de sensibilisation disponibles aux dirigeants africains afin que le but essentiel du message soit d'accélérer l'inclusion du secteur de la santé dans les priorités lors de la prise et de la mise oeuvre des décisions. Nous devons redéfinir les objectifs des systèmes de santé en fonction des attentes et de la réactivité des populations, afin de garantir durablement la qualité et l'efficacité et ce, toujours dans un souci d'exhaustivité, de justice et d'équité.

À cet égard, la coordination intersectorielle aux niveaux communautaire et national devrait devenir le fondement des systèmes de santé. C'est ici le lieu d'inviter l'Union africaine, l'OMS et les autres partenaires à harmoniser et à coordonner leurs aspirations et leurs programmes visant à soutenir les efforts déployés par les États Membres pour honorer les engagements pris par les dirigeants africains.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Monsieur le Directeur régional,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs,

La meilleure manière de redéfinir les objectifs en matière de santé, de coordonner et d'harmoniser efficacement les activités de l'Union africaine, de l'OMS et des autres partenaires, et d'atteindre nos objectifs en matière de sensibilisation des dirigeants africains consiste à revisiter et à mettre en oeuvre la Déclaration d'Alma-Ata. Le fait de mettre l'accent sur l'approche des Soins de Santé primaires permettra d'accélérer les réformes ciblant le renforcement des systèmes de santé pour améliorer la santé en Afrique.

Je vous remercie de votre attention.

ANNEXE 9

ALLOCUTION DE L'INVITÉ SPÉCIAL, M. RAY CHAMBERS, ENVOYÉ SPÉCIAL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES POUR LE PALUDISME

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de remercier nos aimables hôtes, Son Excellence Monsieur le Premier Ministre et le peuple du Cameroun, pour leur chaleureux accueil et leur hospitalité. J'aimerais également exprimer ma gratitude au Dr Margaret Chang et au Dr Luis Sambo de l'OMS. Je suis honoré de votre invitation. Madame Gawanas, merci de votre soutien.

Comme vous le savez, le paludisme prive l'Afrique de plus de 30 milliards de dollars chaque année sous forme de coûts de santé et de perte de productivité. Si l'on y ajoute les pertes représentées par les opportunités manquées, je pense personnellement que le coût réel du paludisme s'élève à plus de 60 milliards de dollars par an. La situation est la suivante : avec 600 millions de personnes à risque, le paludisme coûte au total 100 dollars par personne par an ! Ce chiffre est supérieur au revenu moyen de la plupart des 600 millions de personnes à risque. Le paludisme enferme des millions de citoyens dans le cycle de la pauvreté.

Comme vous le savez, le paludisme emporte entre un et trois millions de personnes en Afrique par an. Le plus décourageant, c'est qu'il compromet l'avenir de l'Afrique dans la mesure où il s'agit de l'une des principales causes de décès parmi les enfants du continent. Le paludisme contribue à la mortalité maternelle et accroît la vulnérabilité au VIH/sida. Le paludisme est la principale cause d'hospitalisation, ainsi que d'absentéisme au lieu de travail.

Si nous pouvions ramener la mortalité et la morbidité liées au paludisme à zéro, les avantages pour les populations africaines seraient supérieurs à toute autre action ou mesure que nous pourrions prendre.

En ma qualité de Premier Envoyé du Secrétaire général pour le Paludisme, je puis aujourd'hui affirmer avec assurance devant vous que nous disposons maintenant des fonds et technologies nécessaires pour réduire à zéro le nombre de décès dans quelques années. Imaginez à quoi ressembleraient vos économies sans le paludisme. Imaginez le bonheur de vos peuples débarrassés du paludisme, particulièrement les parents des tout jeunes enfants. Imaginez les lits vides dans vos hôpitaux et dispensaires, sans paludisme.

Nous avons à l'esprit les récents succès obtenus en Érythrée, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, en Zambie et en Tanzanie. L'augmentation rapide et substantielle de la couverture, surtout en moustiquaires, montre que l'on peut obtenir des résultats extraordinaires en peu de temps. C'est la preuve que nous pouvons vaincre cette maladie. Il est entendu qu'une fois la maladie vaincue, nous devrions la contrôler afin de prévenir sa résurgence jusqu'à ce que le monde trouve un remède qui l'éliminerait totalement et la relèquerait aux oubliettes.

Le 25 avril de cette année, Journée mondiale de lutte contre le paludisme, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé un appel très important à l'action pour parvenir à la couverture universelle de la lutte contre le paludisme en Afrique d'ici au 31 décembre 2010.

Je suis maintenant confiant que nous aurons les financements nécessaires pour relever le défi posé par le Secrétaire général.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a convenu d'organiser deux cycles de financement en 2008, au lieu d'un seul. En application du Cycle 8 proposé le 1^{er} juillet, vous avez été ambitieux en demandant 2,5 milliards de dollars pour les ressources permettant de lutter contre le paludisme. Les demandes du Cycle 9 sont attendues en fin octobre et nous vous encourageons à être une fois de plus portés vers l'offensive dans vos propositions.

Nous attendons 1,2 milliard de dollars de la deuxième phase du programme Booster de la Banque mondiale.

Le Royaume-Uni a récemment promis 20 millions de moustiquaires, suivi par l'Union européenne avec 75 millions de moustiquaires, soit les 100 millions que le G8 s'était engagé à fournir.

Le mois dernier, le Président Bush a signé la nouvelle loi PEPFAR prévoyant 5 milliards de dollars sur une période de cinq ans. C'est pour cela que je suis confiant que nous disposerons des financements nécessaires.

Ainsi donc, nous avons les fonds et les outils d'intervention. Nous avons maintenant besoin de votre engagement sans faille et de celui de vos Chefs d'Etat et Premiers Ministres pour nous conduire à la victoire. Nous avons besoin des plans les plus précis et détaillés sur la manière dont les moustiquaires, les pulvérisations et les médicaments seront concrètement répartis. Nous avons également besoin des efforts de communication les plus efficaces jamais déployés pour nous assurer que chaque moustiquaire sera utilisée toutes les nuits, plutôt que de traîner dans un coin de la chambre ou de servir à la pêche. L'ampleur des engagements de financement des dirigeants mondiaux devrait s'accompagner de mesures semblables de vos gouvernements, ainsi que de promesses d'éliminer tous tarifs et taxes sur l'importation de moustiquaires imprégnés et de médicaments. Nous devons tous intensifier nos efforts !

En collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé et le Partenariat Faire Reculer le Paludisme, nous sommes en train de mettre à votre disposition un site web qui présentera régulièrement la situation de chaque pays concernant ses plans, le financement demandé, fourni et reçu, la période et le mode de distribution des moustiquaires et autres outils, les obstacles rencontrés et les solutions apportées, le suivi et l'évaluation des résultats, les progrès par rapport à l'objectif fixé par le Secrétaire général. Vous aurez tous accès à ce site qui sera quotidiennement mis à jour et tous les partenaires pourront y voir les progrès que vous effectuez, ainsi que les problèmes auxquels vous êtes confrontés dans vos efforts.

Pour terminer, et c'est peut-être le plus important, nous devons travailler ensemble. Il est nécessaire que ce soit un engagement et une responsabilité partagés. Le Secrétaire général, l'Organisation mondiale de la Santé, le Partenariat Faire Reculer le Paludisme, l'UNICEF, la Banque mondiale, le Fonds mondial, la Fondation

Gates, l'initiative du Président sur la paludisme, la Fondation des Nations Unies et mes services vous appuieront sous toutes les formes possibles. Toutefois, si vous n'êtes pas pleinement aux commandes, nous ne pouvons espérer réussir.

Pour en venir plus particulièrement à ma personne, avant que le Secrétaire général Ban Ki-moon ne me nomme comme son Envoyé spécial pour le Paludisme au début de l'année, je n'avais jamais occupé un poste dans le secteur public. Je suis homme d'affaires et je me suis intéressé au paludisme parce que je voyais des enfants mourir inutilement. Aujourd'hui, utiliser mes compétences et mon expérience des affaires pour vous aider à mettre fin aux décès que provoque le paludisme constitue l'une des parties les plus importantes de ma vie et le défi le plus significatif que j'aie jamais eu à relever. J'ai hâte de vous rencontrer individuellement, ainsi que chacun de vos présidents. En oeuvrant de concert, nous remporterons cette bataille.

LE MOMENT DE CONSACRER DU TEMPS AU PALUDISME EST VRAIMENT ARRIVÉ !

Je vous remercie de votre aimable attention.

ANNEXE 10

ALLOCUTION DU DR MAGARET CHAN, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS

Monsieur le Premier Ministre et Monsieur le Ministre de la Santé de la République
du Cameroun,
Distingués Membres du Panel,
Excellences,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je voudrais vous dire combien je suis honorée d'être dans votre pays pour cette réunion tout à fait exceptionnelle. J'aimerais joindre ma voix à celle des autres orateurs pour vous remercier du fond du cœur pour votre hospitalité.

Permettez-moi d'ouvrir mon intervention par une statistique aux répercussions immenses.

Dans 27 pays de cette Région, le budget annuel de la santé, toutes sources confondues – y compris l'aide extérieure et les prêts – ne dépasse pas en moyenne 30 dollars par habitant.

C'est là un montant nettement inférieur à celui qui est nécessaire pour acheter une « trousse de survie » minimale comprenant les interventions de santé essentielles.

L'une de ces répercussions est évidente. La base de ressources est trop modeste pour permettre des améliorations majeures de la santé des populations africaines.

Ce chiffre est encore plus dérisoire, comparé à l'immensité des besoins non satisfaits dans vos pays.

Comme cela est souligné dans la Stratégie de la santé en Afrique, les systèmes de santé sont trop fragiles et les services trop dénués de ressources pour pouvoir contribuer à une réduction ciblée de la charge de morbidité.

L'extrême pauvreté recule progressivement en Afrique et c'est une tendance des plus encourageantes. Mais, d'après des chiffres de la Banque mondiale pour 2007, 41 % des habitants de cette Région vivent encore avec moins d'un dollar par jour.

Nous connaissons tous les liens entre pauvreté et santé. Un dollar par jour n'est pas la garantie d'une bonne santé.

Il y a deux ans, lors d'un sommet extraordinaire de l'Union africaine, les ministres de la santé ont adopté une résolution sur le financement de la santé en Afrique.

Dans cette résolution, ils exprimaient leur inquiétude devant une situation caractérisée par les paiements directs inéquitables et ruineux dont s'acquittent les ménages au titre des soins de santé.

Ils s'inquiétaient également de l'importance des montants estimatifs à réunir pour pouvoir atteindre les cibles fixées au niveau international.

Ils faisaient observer que ces montants étaient bien supérieurs aux sommes disponibles sur le plan national dans la plupart des pays africains. Comme je l'ai déjà dit, la base de ressources est trop modeste.

Cette réalité a de multiples conséquences – pour la gouvernance en matière de santé et l'efficacité de l'aide, pour l'équilibrage des priorités et pour les choix stratégiques à faire lors de l'établissement des budgets.

Elle a un impact décisif sur les chances de réalisation des cibles nationales et internationales en matière de santé, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement.

Comme les Ministres africains de la Santé l'ont eux-mêmes souligné, ce sont les ressources qui font toute la différence entre paiement par l'utilisateur et protection sociale, entre soins de santé pour les rares privilégiés et couverture universelle.

Dans la résolution sur le financement de la santé en Afrique, les partenaires de développement étaient instamment invités à apporter à long terme des flux financiers prévisibles.

Vous leur avez demandé de le faire de façon coordonnée et efficace pour soutenir la maîtrise par les pays des activités nationales, renforcer les capacités locales et intégrer les initiatives axées sur une seule maladie dans le système de santé général.

C'est précisément ce à quoi nous assistons aujourd'hui, dans le sillage de tendances et d'événements récents qui apparaissent très prometteurs pour l'Afrique. Avant tout, du fait de ces tendances et événements, le leadership en santé est aujourd'hui plus important que jamais.

Mesdames et Messieurs,

Si le leadership en santé est nécessaire, il a aussi des retombées positives. Si vous prenez la tête du mouvement, la communauté internationale sera derrière vous et les ressources suivront.

Nous avons franchi une étape. À la fin de l'an dernier, près de trois millions de personnes dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, pour la plupart dans la Région africaine, bénéficiaient d'un traitement antirétroviral contre le sida.

Ce que beaucoup jugeaient impossible a été atteint. Les prix des médicaments peuvent diminuer. Des interventions complexes peuvent être mises en œuvre là où les ressources sont limitées.

Les patients peuvent respecter les schémas thérapeutiques. Ici en Afrique, les résultats peuvent être tout aussi bons que n'importe où dans le monde.

Vous avez administré la preuve qu'avec un engagement et un appui suffisants, tout était possible.

Vous êtes en train de trouver des moyens d'améliorer l'efficacité des services de santé. Il n'est pas logique d'avoir des services distincts pour le VIH et la tuberculose – ni pour l'efficacité opérationnelle, ni pour les patients.

En Afrique, la tuberculose est la maladie la plus meurtrière parmi les personnes vivant avec le VIH. Non soignée, la tuberculose peut entraîner la mort en quelques semaines, même chez des patients qui suivent un traitement antirétroviral.

Quel est l'avantage d'administrer des médicaments anti-sida qui prolongent la vie si le patient meurt peu après de la tuberculose ?

Je voudrais féliciter des pays comme le Kenya, le Malawi et le Rwanda pour les remarquables progrès réalisés en vue d'intégrer les services antituberculeux et les services de lutte contre le sida. Cela nous montre la voie à suivre et nous permet de fixer des objectifs ambitieux.

Grâce au leadership, notamment des Chefs d'État et de Gouvernement, nous sommes finalement en train de progresser contre le paludisme, comme M. Ray Chambers vient de le souligner.

Le 18 septembre 2008, l'OMS va publier l'analyse la plus complète à ce jour de la situation mondiale concernant le paludisme.

Pour chaque pays d'endémie, elle repère non seulement les changements au niveau de la morbidité et de la mortalité, mais aussi l'impact d'interventions particulières. Cela aidera les pays à peaufiner leurs stratégies et à orienter leurs ressources avec plus de précision.

Avec l'aide de l'Alliance GAVI, cette Région a fait un travail remarquable pour introduire des vaccins sous-utilisés.

D'ici la fin de l'année, tous les pays, à l'exception de cinq, auront introduit le vaccin Hib. L'an prochain, la Gambie, le Kenya et le Rwanda prévoient d'introduire le nouveau vaccin antipneumococcique.

Aujourd'hui, tous les pays de la Région incluent dans la vaccination systématique le vaccin contre l'hépatite B, qui protège également contre le cancer du foie.

Comme le montre l'ordre du jour, le cancer du foie est l'un des cancers les plus importants dans la Région africaine. Il s'agit d'une forme de cancer particulièrement grave, presque toujours mortelle et qui tue généralement les adultes à la fleur de l'âge.

Si vous parvenez à maintenir l'élan actuel, le cancer du foie pourra disparaître de la liste des grands problèmes de santé de notre vivant. Ce sera un réel progrès en santé publique.

L'éradication d'une maladie est la forme ultime d'un progrès durable. Malheureusement, les pays africains sont de nouveau exposés au risque de poliomyélite.

Une nouvelle flambée de poliomyélite de type 1 – la souche la plus dangereuse – touche actuellement les États septentrionaux du Nigéria, et elle a déjà commencé à se propager dans les pays voisins. Je salue les efforts déployés par les gouvernements, avec l'appui de l'OMS, pour organiser des campagnes de vaccination d'urgence.

Des campagnes de vaccination d'urgence ont été menées, mais leur qualité n'est simplement pas assez bonne.

Libérer le monde de la poliomyélite n'est pas seulement un enjeu technique. C'est aussi un enjeu stratégique et opérationnel, qui peut être relevé.

Le monde entier a besoin de votre leadership pour éviter un revers majeur. Nous ne pouvons pas compromettre les efforts et investissements collectifs consentis depuis tant d'années. Je compte sur votre appui.

Mesdames et Messieurs,

Que faut-il pour que de bonnes intentions comme les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé se traduisent en résultats concrets et durables ?

Nous commençons à avoir des réponses intéressantes. Il se manifeste la ferme détermination d'améliorer la santé, ce qui dynamise l'action. Lorsque des obstacles surgissent, des solutions novatrices sont trouvées, on change de vitesse et l'accélération est donnée en vue des résultats.

J'ai évoqué certains événements et tendances positifs, qui convergent aujourd'hui de manière à élargir le champ de l'action de santé et à en améliorer les perspectives.

La Déclaration du Millénaire et ses objectifs liés à la santé sont pour nous des repères et des engagements dans le temps qui nous forcent à agir.

La santé attire de nouveaux financements, également à partir de sources nouvelles (Fonds mondial, Alliance GAVI, UNITAID et d'autres). L'Envoyé spécial, M. Ray Chambers, déploie de réels efforts pour mobiliser davantage de ressources.

Depuis le début de ce siècle, l'aide en faveur de la santé provenant de sources publiques et privées a plus que doublé, passant de US \$6,5 milliards en 2000 à US \$16,7 milliards en 2006.

Cette tendance positive est étayée par d'autres. On a là la preuve que l'augmentation des ressources à elle seule ne saurait automatiquement déboucher sur de meilleurs résultats en santé.

Les principales institutions de financement associent aujourd'hui l'achat d'interventions et le financement du renforcement des services chargés de les assurer.

Les partenariats et initiatives de santé au niveau international sont désormais conscients du fait que les progrès dépendent du renforcement des infrastructures de santé et de la prestation des services.

Ceci nous est apparu très clairement lors de la conférence sur le sida qui s'est tenue au Mexique.

Le mois dernier, le Gouvernement éthiopien a été le premier pays à signer un pacte national avec des partenaires de développement dans le cadre du Partenariat international pour la santé Plus. D'autres pays africains de la « première vague » suivront bientôt.

Ce partenariat est une réponse directe à la demande d'un appui technique et financier plus efficace et mieux coordonné que vous aviez formulée.

Il représente un effort délibéré pour réduire l'émiettement, harmoniser les projets avec les priorités et les capacités nationales, réduire les coûts des opérations, et mobiliser de nouvelles ressources.

En d'autres termes, il est conçu pour permettre aux dirigeants africains de réaliser les résultats sanitaires qu'ils souhaitent pour leurs populations.

Mesdames et Messieurs,

Demain, un forum ministériel de haut niveau sur l'efficacité de l'aide s'ouvrira à Accra. Il s'agit là du suivi des engagements pris et des cibles fixées il y a trois ans dans la Déclaration de Paris.

Depuis, l'OCDE suit rigoureusement les progrès réalisés à cette fin dans 54 pays. Les résultats, qui seront publiés cette semaine, montrent comme jamais auparavant comment l'aide peut agir dans différents pays.

Sur la base des constatations, la réunion approuvera un programme d'action comprenant des engagements très précis aussi bien des donateurs que des pays bénéficiaires.

Ces engagements montrent combien la conception de l'aide au développement a évolué.

Pendant la dernière décennie du siècle précédent, on s'est montré très sceptique quant aux retombées de l'aide, et on a mis en cause l'insuffisance des capacités, de l'engagement et de la gouvernance dans les pays bénéficiaires.

Aujourd'hui, les efforts visant à dégager le plein potentiel de l'aide s'attachent à examiner de plus près les politiques et pratiques des donateurs.

Le programme d'action de cette réunion ouvre des perspectives réelles pour l'Afrique du fait de son attachement à la maîtrise par les pays des activités nationales, le recours aux infrastructures en place pour la fourniture de l'aide et l'octroi de flux financiers prévisibles et durables.

Le secteur de la santé se distingue par une proportion particulièrement élevée de dépenses de fonctionnement. C'est pour cela qu'une aide durable et prévisible est absolument essentielle à une bonne gouvernance en matière de santé.

La disponibilité de ressources pour la formation des personnels, le paiement des salaires, la maintenance des structures et des équipements, et la collecte et l'analyse des données, contribuent à l'amélioration de la gouvernance dans le domaine de la santé.

S'attaquer aux inégalités des revenus et des chances à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre est essentiel au progrès dans le monde.

Mesdames et Messieurs,

Nous voyons à nouveau les tendances converger.

Ce principe, dans le programme d'Accra, a été exposé clairement la semaine dernière lorsque la Commission des déterminants sociaux de la santé a publié son rapport final. Permettez-moi de vous faire part de certaines de ses conclusions et recommandations.

La richesse, à elle seule, n'est pas garante d'une bonne santé. Les conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, vivent et travaillent sont le déterminant le

plus important d'une bonne santé ou d'une mauvaise santé, d'une vie longue et productive, ou d'une vie courte et misérable.

La pauvreté et la précarité sociale n'ont rien à faire avec la fatalité: elles sont la marque de l'échec des politiques.

D'après le rapport, c'est aux décideurs qu'incombe pleinement la responsabilité d'améliorer l'équité dans le domaine de la santé, et non pas seulement ceux du secteur de la santé.

Le rapport demande qu'une attention beaucoup plus grande soit accordée à la santé lors de la négociation d'accords commerciaux et économiques internationaux.

Il reconnaît que la manière dont les systèmes de santé sont organisés et financés influe fortement sur l'équité. En particulier, les soins de santé primaires sont mis en avant comme modèle d'un système de santé qui s'attaque aux causes sociales, économiques et politiques de la maladie.

Le rapport préconise une approche faisant intervenir le gouvernement tout entier et dans laquelle la santé et l'équité en matière de santé font partie de toutes les politiques gouvernementales, dans tous les secteurs. En d'autres termes, la santé dans toutes les politiques.

Quiconque met en doute la pertinence de ces conclusions ferait bien de se pencher sur les documents avant cette 58^{ème} session du Comité régional.

Alcool. Voyez l'impact des stratégies effrénées de commercialisation, et surtout celles qui ciblent les jeunes. Comme il est indiqué dans le document, les gouvernements s'intéressent surtout aux recettes fiscales. Les mécanismes de réglementation de la vente des alcools ne tiennent presque jamais compte des conséquences sanitaires.

La mortalité maternelle, dont on dit à juste titre qu'elle est l'un des problèmes de santé les plus tragiques de l'Afrique.

Le secteur de la santé peut-il à lui tout seul s'attaquer aux problèmes de base que sont la discrimination, la violence, les interdits alimentaires, et le manque d'accès à l'éducation et à l'emploi ?

La résolution y afférente fait clairement appel à une action plurisectorielle de haut niveau.

Cancer. Etant donné la capacité très limitée de dépistage précoce et de traitement, les coûts de la radiothérapie et de la chimiothérapie dépassant vos budgets de santé, il faut accorder une haute priorité à la prévention.

Cependant, les facteurs de risque du cancer et d'autres maladies chroniques échappent au contrôle direct du secteur de la santé. Nous disposons heureusement de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac et de l'ensemble MPOWER de six interventions ayant fait leurs preuves pour réduire le tabagisme.

J'espère ardemment que fort des conclusions de la Commission, le secteur de la santé sera mieux équipé pour persuader d'autres secteurs publics de prêter une plus grande attention à l'impact que leurs politiques auront sur la santé.

L'expérience que nous avons faite à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai avec le Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle montre que les accords internationaux qui influent sur le système mondial des échanges peuvent en effet être infléchis de manière à favoriser la santé.

Mesdames et Messieurs,

L'accent mis par la Commission sur la justice sociale, l'équité, l'action intersectorielle, et la lutte contre les causes fondamentales de la pauvreté et de la maladie, fait écho aux principes et valeurs énoncés dans la Déclaration et les objectifs du Millénaire. Il élargit aussi et approfondit la portée de l'action.

Il s'agit dans les deux cas de s'assurer que les avantages de la mondialisation sont répartis équitablement pour réduire la pauvreté et améliorer la santé, notamment dans les groupes marginalisés.

Ces principes et valeurs nous ramènent à la Déclaration d'Alma-Ata qui a été signée il y a 30 ans. Et ils portent notre attention vers la grande promesse des soins de santé primaires.

J'aimerais féliciter cette Région et son Directeur pour les engagements inscrits dans la Déclaration de Ouagadougou.

En octobre, l'OMS publiera le Rapport sur la santé dans le monde qui traite des soins de santé primaires. Parmi les réalisations, le rapport montre comment bon nombre des tendances positives qui se font jour en santé publique sont visibles dans la manière dont les systèmes de santé sont organisés.

Il fournit des arguments économiques et sociaux incontournables pour faire des soins de santé primaires le pivot du système de santé.

Je voudrais également vous féliciter pour l'aperçu du Rapport sur la santé dans le monde qui a été préparé pour cette réunion. D'un vaste rapport souvent complexe, vous avez brillamment extrait les messages les plus pertinents pour les systèmes de santé de la Région africaine.

Je suis persuadée que les preuves et les arguments avancés dans le rapport viendront étayer votre mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou.

Mesdames et Messieurs,

Quand je suis entrée en fonction au début de l'année dernière, j'ai exprimé mon profond engagement en faveur de la santé des populations africaines. Nous n'avons pas de formule magique.

Il n'y a aucune avancée importante à l'horizon susceptible de diminuer les problèmes sanitaires de cette Région. Mais le ciel se dégage comme jamais

auparavant. Le programme de la santé s'est élargi et les perspectives sont bien meilleures.

L'attachement de la communauté internationale au développement sanitaire est inébranlable. Le financement de la santé a plus que doublé. Le climat de l'assistance au développement joue en votre faveur.

La Commission des déterminants sociaux de la santé vous fournit des éléments inédits pour mettre en avant la santé et donner un élément nouveau aux soins de santé primaires. Le Rapport sur la santé dans le monde ira encore plus loin sur cette voie.

L'Afrique fait tout ce qu'elle peut. L'aide financière a augmenté, mais plus de 70 % des ressources consacrées à la santé dans cette Région continuent à provenir de votre budget propre.

Par-dessus tout, vous avez l'espace voulu pour exercer votre rôle directeur pour vos besoins de santé prioritaires et pour vos populations.

Je vous remercie de votre attention.

ANNEXE 11

DISCOURS DE SON EXCELLENCE CHIEF INONI EPHRAIM, PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT, À L'OCCASION DE LA CÉRÉMONIE SOLENNELLE D'OUVERTURE DE LA 58^{ÈME} SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Madame le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Madame la Représentante du Président de la Commission de l'Union africaine,
Monsieur l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le
Paludisme,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Mesdames et Messieurs les Chefs de Délégation de la Région africaine de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Chefs de Missions diplomatiques et Représentants des
Organisations internationales,
Monsieur le Délégué du Gouvernement auprès de la Communauté urbaine de
Yaoundé,
Distingués Délégués et Invités,
Mesdames et Messieurs,

Au nom du Président de la République, Son Excellence Paul BIYA, qui m'a fait
l'insigne honneur de me demander de le représenter à cette cérémonie, je vous
souhaite la bienvenue ainsi qu'un agréable séjour au Cameroun.

Je voudrais particulièrement saluer la présence à ces assises de Madame le
Directeur général de l'OMS et de la Représentante du Président de la Commission de
l'Union africaine qui, en leurs qualités respectives, séjournent pour la première fois
au Cameroun.

Que le Secrétaire général des Nations Unies ait consenti à associer son Envoyé
spécial pour le Paludisme à cette session nous honore.

Au Directeur régional de l’OMS pour l’Afrique et à tous les Chefs de Délégation, j’adresse les remerciements du peuple camerounais, et particulièrement du Chef de l’État, Son Excellence Paul BIYA, pour le privilège qu’ils nous ont fait d’accepter que le Cameroun abrite cette 58^{ème} session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Cette réunion se tient à un moment où les États à travers le monde s’emploient à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement afin d’améliorer la vie de leurs populations. Alors que la plupart des régions accomplissent des progrès très louables dans cette direction, notre continent semble obtenir, dans l’ensemble, très peu de résultats positifs. Les études menées révèlent même que les principaux indicateurs de santé publique baissent dans certaines parties du continent.

En tout état de cause, il est probable que si rien n’est fait, l’Afrique ne soit pas en mesure de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement d’ici 2015, objectifs qui ne sont pas des critères de développement, mais simplement des exigences minimales pour disposer d’une base solide pour le développement durable.

Dans ce contexte, la santé est plus que jamais le principal défi que doivent relever nos pays. Compte tenu de sa complexité, le combat à mener à cette fin ne peut être engagé efficacement, encore moins gagné sans de réelles synergies d’action qui transcendent les frontières et se concrétisent finalement aux niveaux sous régional et régional.

De ce point de vue, le Comité régional de l’OMS pour l’Afrique, qui réunit 46 États, fournit un forum approprié pour définir des orientations politiques et élaborer des stratégies pertinentes pour le plus grand bien de nos populations. Je me réjouis de la priorité que cette session accorde au thème suivant : **«Partage des meilleures pratiques pour intensifier les interventions visant la réduction de la mortalité maternelle; la prévention et la lutte contre le paludisme; la prévention, le**

traitement et la prise en charge du VIH/sida; et l'amélioration de la couverture vaccinale».

Au nombre des autres problèmes importants de santé publique, qui méritent également l'attention, figurent le cancer, l'abus de l'alcool, la carence en iode, la sécurité des patients dans les services de santé et la santé bucco-dentaire.

Mesdames et Messieurs,

À travers les thèmes que vous aborderez lors de vos travaux, vous toucherez aux véritables préoccupations de la plupart de nos États, dont les performances en matière de la santé maternelle et infantile et de réduction de la morbidité globale ne sont pas particulièrement satisfaisantes. C'est le lieu de souligner en effet que l'Afrique a mal à ses enfants, à ses femmes et à ses mères.

Au Cameroun, le taux de mortalité maternelle et infantile reste encore relativement élevé. Pour inverser cette tendance, le Président de la République, Son Excellence Paul BIYA, a instruit l'élaboration d'une stratégie sectorielle de santé, dans le cadre de laquelle le Gouvernement mène, depuis 2001, d'intenses activités pour l'amélioration de ses indicateurs de santé.

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais conclure en vous exhortant à mettre un accent particulier, lors de vos travaux, sur le renforcement des capacités institutionnelles et humaines indispensables à l'émergence d'un système de santé performant.

Je souhaite plein succès à vos travaux et déclare ouverte, au nom du Président de la République du Cameroun, la 58^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Vive la Coopération internationale !

Vive l'Organisation mondiale de la Santé !

Vive le Cameroun !

ANNEXE 12

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Élection du Directeur régional
7. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008 : Rapport annuel du Directeur régional
8. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1. Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives
 - 8.2. Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les soins de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire
 - 8.3. Budget programme de l'OMS pour 2010 -2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine
 - 8.4. Application du Règlement sanitaire international dans la Région africaine
 - 8.5. Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives
 - 8.6. Accélération de la lutte contre le paludisme dans la Région africaine : Plan d'action
 - 8.7. S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine

- 8.8. Création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique.
 - 8.9. Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine.
9. Information.
- 9.1. Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Rapport de situation pour la Région africaine
 - 9.2. Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
 - 9.3. Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation
 - 9.4. Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine
10. Table ronde : Partage des meilleures pratiques en matière de renforcement des systèmes de santé locaux ou de district
11. Rapport de la table ronde
12. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
13. Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional
14. Adoption du rapport du Comité régional
15. Clôture de la cinquante-neuvième session du Comité régional.

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC58/1	Ordre du jour
AFR/RC58/1 Add.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC58/2	Activités de l'OMS dans la région africaine 2006–2007 : Rapport biennal du Directeur régional
AFR/RC58/3	Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool
AFR/RC58/4	Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
AFR/RC58/5	Santé de la femme dans la région africaine de l'OMS : Appel à l'action
AFR/RC58/6	Renforcement des laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS : Une exigence cruciale de la lutte contre la maladie
AFR/RC58/7	Troubles dus à une carence en iode dans la Région Africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC58/8	Sécurité des patients dans les services de santé en Afrique : Enjeux et solutions
AFR/RC58/9	Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco- dentaire : Point de la situation et perspectives
AFR/RC58/10	Rapport du Sous-Comité du Programme

AFR/RC58/11	Adoption de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire
AFR/RC58/INF.DOC/1	Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation
AFR/RC58/INF.DOC/2	Initiative en faveur des pays et renforcement des bureaux de pays de l'OMS : Point de la situation
AFR/RC58/INF.DOC/3	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Implications pour la Région africaine
AFR/RC58/INF.DOC/4	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC58/INF.DOC/5	Éradication de la poliomyélite : Rapport de situation
AFR/RC58/INF.DOC/6	Harmonisation pour la santé en Afrique : Rapport de situation
AFR/RC58/PD/1	Discussions de groupe : Partage des meilleures pratiques pour intensifier les interventions destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale
AFR/RC58/PD/2	Discussions de groupe : Partage des meilleures pratiques pour la prévention et la lutte contre le paludisme
AFR/RC58/PD/3	Discussions de groupe : Partage des meilleures pratiques pour la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida
AFR/RC58/PD/4	Discussions de groupe : partage des meilleures pratiques dans l'amélioration de la couverture vaccinale

AFR/RC58/12	Adoption de la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour Santé la dans la Région africaine
AFR/RC58/13	Budget programme 2006-2007 : Appréciation de l'exécution
AFR/RC58/14	Projet de Budget programme 2010-2011 de l'OMS
AFR/RC58/16	Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les Systèmes de santé en Afrique en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire
AFR/RC58/17	Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC58/18	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC58/19	Dates et lieux des cinquante-neuvième et soixantième sessions du Comité régional
AFR/RC58/20	Adoption du rapport du Comité régional
AFR/RC58/21	Liste des participants
AFR/RC58/22	Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et suivi de la résolution WHA61.21
AFR/RC58/Conf.Doc 1	Mot de bienvenue de M. Gilbert Tsimi Evouna, Délégué du Gouvernement auprès de la Communauté urbaine de Yaoundé

AFR/RC58/Conf.Doc 2	Allocution du Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC58/Conf.Doc 3	Allocution du Commissaire aux Affaires sociales de la Commission de l'Union africaine, Me Bience Gawanas
AFR/RC58/Conf.Doc 4	Allocution de l'Invité spécial, M. Ray Chambers, Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le paludisme
AFR/RC58/Conf.Doc 5	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS
AFR/RC58/Conf.Doc 6	Allocution de Son Excellence, Chief Inoni Ephraim, Premier Ministre, Chef du Gouvernement de la République du Cameroun, à l'occasion de la cérémonie solennelle d'ouverture de la 58 ^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC58/INF.01	Bulletin d'information sur le Cameroun