

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

Harare, Zimbabwe, 8-12 octobre 2002

Rapport final



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville

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

Harare, Zimbabwe, 8-12 octobre 2002

Rapport final

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville . 2002

AFR/RC52/19

©
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2002)

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 les droits réservés.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Le fait de mentionner les produits de compagnies spécifiques ou de certains fabricants ne signifie pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres produits de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. A l'exception des erreurs et des omissions, les noms des produits sont signalés par des majuscules au début du mot.

Imprimé en République du Congo

SOMMAIRE

Page

SIGLES	viii
--------------	------

PARTIE I : DECISIONS DE PROCEDURE ET RESOLUTIONS

DECISIONS DE PROCEDURE

Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations	1
Décision 2 : Election 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	2
Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	2
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-troisième session du Comité régional	3
Décision 7 : Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 8 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 9 : Choix des sujets des Tables rondes de 2003	4
Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-troisième et cinquante-quatrième sessions du Comité régional	5
Décision 11 : Désignation de 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)	5

Décision 12 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation du programme de partenariat pour Faire reculer le paludisme	5
---	---

RESOLUTIONS

AFR/RC52/R1 : Projet de Budget Programme 2004-2005	6
AFR/RC52/R2 : Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005	7
AFR/RC52/R3 : Santé et environnement : Stratégie régionale de la Région africaine	9
AFR/RC52/R4 : Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine	11
AFR/RC52/R5 : Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale	13
AFR/RC52/R6 : Motion de remerciements	15

PARTIE II : RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Paragraphes

CEREMONIE D'OUVERTURE	1 - 31
ORGANISATION DES TRAVAUX	32 - 39
Constitution du Sous-Comité des Désignations	32 - 33
Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	34
Adoption de l'ordre du jour	35
Adoption de l'horaire de travail	36
Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs ...	37 - 39
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL 2000-2001 (document AFR/RC52/2)	40 - 136
Développement et direction d'ensemble des programmes	44 - 66
Développement des systèmes et services de santé	67 - 79

Lutte contre les maladies transmissibles	80 - 89
Lutte contre les maladies non transmissibles	90 - 101
Santé de la famille et santé génésique	102 - 110
Milieus favorables à la santé et développement durable	111 - 119
Administration et finances	120 - 136

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	137 - 152
--	-----------

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC52/4)	138 - 144
---	-----------

Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC52/5)	145 - 150
---	-----------

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC52/6)	151 - 152
--	-----------

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC52/8)	153 - 230
--	-----------

Budget Programme de l'OMS 2004-2005 (document AFR/RC52/3)	156 - 169
---	-----------

Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9)	170 - 182
---	-----------

Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10)	183 - 191
---	-----------

Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC52/11)	192 - 202
--	-----------

Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration du gouvernement (document AFR/RC52/12)	203 - 216
---	-----------

Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13)	217 - 230
TABLES RONDES (documents AFR/RC52/RT/1, AFR/RC52/RT/2 Rév.1 et AFR/RC52/RT/3)	231 - 233
CHOIX DES SUJETS DES TABLES RONDES DE 2003 (document AFR/RC52/15)	234 - 235
DESIGNATION DES PRESIDENTS ET DES PRESIDENTS SUPPLEANTS DES TABLES RONDES DE 2003 (document AFR/RC52/16)	236
DATES ET LIEUX DE LA CINQUANTE-TROISIEME ET DE LA CINQUANTE-QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/17)	237 - 240
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/19)	241
CLOTURE DE LA CINQUANTE-DEUXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	242 - 253
Remarques de clôture du Directeur régional	242 - 246
Motion de remerciements	247
Allocution du Président et clôture de la session	248 - 253

PARTIE III : ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	69
2a. Ordre du jour de la cinquante-deuxième session du Comité régional	80
2b. Programme de travail	83
3. Rapport du Sous-Comité du Programme	87
4a-4c. Rapports des Tables rondes Nos 1, 2 et 3	119
5a. Rapport de la séance d'information sur la composante santé du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)	133
5b. Rapport de la session d'information sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	137

6.	Allocution de bienvenue du Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-être de l'Enfant du Zimbabwe	145
7.	Allocution de l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, Commissaire par intérim, Affaires sociales, Direction de la Coopération Afro-arabe, Union africaine	147
8.	Allocution du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	152
9.	Discours d'ouverture de Son Excellence le Camarade G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe	162
10.	Ordre du jour provisoire de la cinquante-troisième session du Comité régional	166
11.	Liste des documents	168

SIGLES

ADPIC	-	Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce
AOW	-	Domaine d'activité
CAMH	-	Conférence des Ministres africains de la Santé
CEDEAO	-	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CFI	-	Initiative axée sur les pays
DOTS	-	Traitement de courte durée sous observation directe
FCTC	-	Convention-Cadre pour la lutte anti-tabac
GAVI	-	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GFATM (Fonds mondial)	-	Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
HAART	-	Thérapie anti-rétrovirale hautement efficace
HSR	-	Réformes du secteur de la santé
IMPAC	-	Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (instruments de)
JNV	-	Journées nationales de vaccination
LHD	-	Développement sanitaire à long terme
MDG	-	Objectifs de développement du Millénaire
MDSC	-	Centre de surveillance pluripathologique
MMR	-	Taux de mortalité maternelle
MSF	-	Mutilations sexuelles féminines
NCD	-	Maladies non transmissibles
NEPAD	-	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NPAN	-	Plan national d'action pour la nutrition
OIM	-	Organisation internationale pour les Migrations
OMS	-	Organisation mondiale de la Santé
ONG	-	Organisation non gouvernementale
OUA	-	Organisation de l'Unité africaine
PCIME	-	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	-	Programme élargi de vaccination
PHAST	-	Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement
PLWHA	-	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
PMTCT	-	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PRSP	-	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
RBM	-	Faire reculer le paludisme

SADC	-	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SCP	-	Stratégie de coopération avec les pays
PNUE	-	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
UA	-	Union africaine
VCT	-	Conseils et tests volontaires
WSSD	-	Sommet mondial pour le Développement durable

PARTIE I

**DECISIONS DE PROCEDURE
ET
RESOLUTIONS**

DECISIONS DE PROCEDURE

Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, qui s'est réuni le mardi 8 octobre 2002, était composé des représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Burundi, Congo, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée -Bissau, Kenya, Maurice, Namibie et Ouganda.

Le Sous-Comité a élu Président le Dr M. Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de la République d'Afrique du Sud.

Deuxième séance, 8 octobre 2002

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément à l'article 10 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. Urbain Olanguena Awono Ministre de la Santé Cameroun
1^{er} Vice-Président :	Professeur Andry Rasamindrakotroka Ministre de la Santé Madagascar
2^{ème} Vice-Président :	Dr Nathaniel S. Bartee Vice-Ministre/Responsable des services médicaux Libéria
Rapporteurs :	Dr Motloheloa Phooko Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale Lesotho
	Mme A. Ousseini Halimatou Abdoulwahid Ministre de la Santé et de la Lutte contre les Endémies Niger
	Dr A. T. De Nobreza Libombo Vice-Ministre de la Santé Mozambique

Deuxième séance, 8 octobre 2002

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 Etats Membres suivants : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Guinée, Libéria, Mali, République démocratique du Congo, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Zambie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 8 octobre 2002. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Guinée, Libéria, Mali, République démocratique du Congo, Swaziland, Tanzanie, Tchad et Zambie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président le Dr Fatoumata Nafotraoré, Ministre de la Santé du Mali.

Deuxième séance, 8 octobre 2002

Décision 4 : Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, à la suite des propositions du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, et Zimbabwe, qui étaient conformes aux dispositions pertinentes.

Troisième séance, 9 octobre 2002

Décision 5 : Remplacement de 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-deuxième session du Comité régional : Cap-Vert, Comores, Congo (Brazzaville), Côte d'Ivoire, République centrafricaine et Tchad. Ils seront remplacés par le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Lesotho et le Libéria.

Troisième séance, 9 octobre 2002

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

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la cinquante-troisième session du Comité régional.

Cinquième séance, 11 octobre 2002

Décision 7 : Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

Troisième séance, 9 octobre 2002

Décision 8 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique sera désigné Vice-Président de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2003. La Région africaine avait désigné le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé pour la dernière fois en mai 2000.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera au besoin avant chaque Assemblée mondiale de la Santé les désignations des délégués des Etats Membres de la Région africaine pouvant assumer les fonctions suivantes :
 - Présidents des Commissions principales A et B;
 - Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

- 3) En suivant l'ordre alphabétique anglais, le Gabon, la Gambie, le Ghana et la Guinée ont désigné un représentant devant faire partie du Conseil exécutif à partir de sa cent-dixième session, immédiatement après la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Ces délégués se sont joints à ceux de l'Erythrée, de l'Éthiopie et de la Guinée équatoriale au titre de la Région africaine.
- 4) Le mandat de la Guinée équatoriale expirera à la fin de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Ce pays sera remplacé par la Guinée-Bissau, qui assistera à la cent-douzième session du Conseil exécutif en mai 2003.
- 5) Les États Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif devront confirmer leur acceptation au moins six semaines avant la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.
- 6) Par sa résolution WHA51.26, la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé que les États Membres appelés à désigner un délégué au Conseil exécutif le désignent en qualité de représentant gouvernemental techniquement qualifié dans le domaine de la santé.

Réunion informelle du Comité régional

- 7) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 19 mai 2003 à 8h.30 au Palais des Nations à Genève, afin de confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session.

Troisième séance, 9 octobre 2002

Décision 9 : Choix des sujets des Tables rondes de 2003

Le Comité régional a approuvé les thèmes suivants pour les discussions au cours de sa cinquante-troisième session en 2003 :

Table ronde No 1 : Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité

Table ronde No 2 : Maternité sans risque : améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Cinquième séance, 11 octobre 2002

Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-troisième et cinquante-quatrième sessions du Comité régional

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a accepté de tenir sa cinquante-troisième session en République d’Afrique du Sud du 1er au 5 septembre 2003. Le Comité régional se prononcera à sa cinquante-troisième session sur le lieu de la cinquante-quatrième session.

Cinquième séance, 11 octobre 2002

Décision 11 : Désignation de 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 du Burkina Faso et du Burundi expirera le 31 décembre 2002. Suivant l’ordre alphabétique anglais, le Burkina Faso et le Burundi seront remplacés par les Comores et la République centrafricaine pour une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2003. Les Comores et la République centrafricaine se joindront au Cameroun et au Cap-Vert qui sont déjà membres du Comité d’orientation et de coordination.

Cinquième séance, 11 octobre 2002

Décision 12 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d’orientation du programme de partenariat pour Faire reculer le paludisme

Il a été proposé que le Ghana, le Sénégal et la Zambie deviennent membres du Comité d’orientation du programme Faire reculer le paludisme. Ils exerceront un mandat de deux ans à compter d’octobre 2002.

Cinquième séance, 11 octobre 2002

RESOLUTIONS

AFR/RC52/1 : Projet de Budget Programme 2004-2005

Le Comité régional,

Ayant examiné avec soin le rapport présenté par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme et la Contribution régionale pour l'exercice biennal 2004-2005,

1. NOTE que le Projet de Budget Programme a été préparé par le Directeur général avec la participation sans réserve de tous les Bureaux régionaux et la contribution des pays et comprend les composantes Siège, Bureaux régionaux et de pays qui expliquent clairement la mesure dans laquelle UNE SEULE OMS contribuera à la réalisation des buts stratégiques et des objectifs de coopération avec les Etats Membres;
2. PREND ACTE avec satisfaction de la décision du Directeur général d'accroître le niveau global de financement pour la Région africaine, notamment pour les pays;
3. FELICITE le Directeur régional d'avoir élaboré la contribution régionale et d'avoir continué à traduire dans les faits les orientations politiques et programmatiques définies par les Organes directeurs;
4. APPROUVE le Projet de Budget Programme et la Contribution régionale pour l'exercice biennal 2004-2005;
5. PRIE le Directeur régional de veiller à ce que la planification opérationnelle, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation soient assurés en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales;
6. ENCOURAGE le Directeur régional à poursuivre la mobilisation de fonds auprès d'autres sources pour assurer un financement adéquat pour la mise en oeuvre des domaines d'action prioritaires;
7. PRIE le Directeur régional de porter la présente résolution à l'attention du Directeur général.

Sixième séance, 10 octobre 2002

AFR/RC52/R2 : Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005

Le Comité régional,

Rappelant les diverses résolutions sur le Programme élargi de vaccination adoptées ces dernières années, y compris les résolutions AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7 et AFR/RC45/R5 sur les interventions prioritaires pour que l'accélération du programme atteigne ses objectifs;

Ayant examiné le rapport d'activité du Directeur régional sur les réalisations du Programme élargi de vaccination dans la Région africaine;

Notant les progrès réalisés dans le cadre de l'Initiative d'éradication de la poliomyélite depuis son lancement;

Préoccupé par la diminution dramatique de la couverture vaccinale;

Considérant que la vaccination systématique est la seule façon de maintenir les acquis obtenus par l'Initiative d'éradication de la poliomyélite et la lutte contre la rougeole;

Ayant examiné les stratégies proposées pour l'accélération de la réalisation des objectifs du PEV pour 2003-2005,

1. APPROUVE les orientations données pour les programmes de vaccination en Afrique dans le rapport du Directeur régional;
2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - a) de réorienter leurs plans d'action stratégiques nationaux du PEV pour couvrir la période 2003-2005, en mettant l'accent sur : le renforcement des systèmes de vaccination; l'accélération de la lutte contre la maladie, en particulier l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, la maîtrise de la rougeole et la lutte contre la fièvre jaune; et l'introduction de nouveaux vaccins, notamment le vaccin contre l'hépatite B et contre *Haemophilus influenzae*;
 - b) d'assurer un financement national adéquat pour le PEV;

-
- c) de planifier et d'accélérer la réalisation d'un niveau de surveillance permettant la certification dans tous les pays de la Région et de maintenir cet acquis afin d'atteindre l'objectif de certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici la fin 2005;
 - d) de planifier et renforcer les activités des Comités nationaux de certification et des Comités nationaux d'experts de la poliomyélite pour documenter clairement l'éradication des poliovirus sauvages dans chaque pays de la Région;
3. REITERE sa gratitude au Rotary International, au Centre de Lutte contre les Maladies d'Atlanta (Etats-Unis d'Amérique), à l'Agency for International Development des Etats-Unis (USAID), au Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni, à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et aux autres partenaires, pour leur puissant soutien aux activités du PEV dans la Région africaine et invite les autres bailleurs de fonds à s'associer à cet appui pour le bien-être de l'humanité;
4. PRIE INSTAMMENT tous les partenaires de renforcer et de maintenir leur appui à la vaccination systématique;
5. PRIE le Directeur régional :
- a) de continuer à plaider en faveur des stratégies du PEV pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine lors de ses rencontres avec les Chefs d'Etat, les responsables politiques et d'autres personnalités influentes pour garantir un engagement durable vis-à-vis des programmes nationaux de vaccination;
 - b) de surveiller la mise en oeuvre des stratégies accélérées de lutte contre la maladie avec un accent particulier sur la réalisation de l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune et le renforcement des systèmes de vaccination de routine;
 - c) de renforcer encore la collaboration avec toutes les institutions internationales, les organisations de bailleurs de fonds et les partenaires du PEV afin de mieux coordonner les politiques et l'utilisation des ressources de façon efficace et durable;
 - d) de faire rapport au Comité régional sur les progrès réalisés chaque année.

Sixième séance, 10 octobre 2002

AFR/RC52/R3 : Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine

Le Comité régional,

Conscient de la corrélation étroite entre la santé, l'environnement et le développement;

Préoccupé par la dégradation croissante de la qualité de la vie et par les effets néfastes qu'ont sur la santé la détérioration de l'environnement et le désintérêt pour cette question dans la Région africaine de l'OMS;

Conscient des efforts déployés par les pays pour améliorer l'état de santé de leurs populations au moyen de divers instruments régionaux et nationaux, notamment la Déclaration de Pretoria sur la santé et l'environnement (1997) et le document intitulé "Assurer la salubrité de l'environnement dans les pays de la Région africaine de l'OMS : le rôle des Ministères de la Santé (AFR/RC48/TD/1)";

Conscient du rôle joué par les secteurs autres que la santé, les communautés et les partenaires dans l'amélioration de la santé et de l'environnement;

Résolu à consolider les efforts pour que, dans la Région, la qualité de la vie soit non seulement la meilleure possible mais accessible, et surtout pour plaider en faveur de l'amélioration des déterminants de la santé liés à l'environnement;

Ayant examiné attentivement le rapport du Directeur régional tel qu'il est contenu dans le document AFR/RC52/10 intitulé "Santé et Environnement : Stratégie de la Région africaine", qui vise à améliorer la santé des populations grâce à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques de gestion des déterminants de la santé liés à l'environnement,

1. APPROUVE la stratégie proposée;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
 - a) de prendre en compte les problèmes de santé liés à l'environnement dans leurs politiques et stratégies nationales;
 - b) d'élaborer ou de revoir leurs programmes et plans d'action nationaux en mettant l'accent sur le plaidoyer, la sensibilisation et l'éducation dans le domaine de l'environnement et de la santé;

-
- c) de collaborer avec les institutions d'enseignement supérieur pour développer et améliorer la capacité des ressources humaines à mieux gérer les programmes concernant l'environnement et la santé;
 - d) d'identifier, de mobiliser et d'allouer des ressources pour les programmes concernant la santé et l'environnement afin de mieux relever les défis;
 - e) de collaborer avec les secteurs autres que la santé, les partenaires et la société civile afin d'améliorer la santé en agissant sur les déterminants de la santé liés à l'environnement; et
 - f) d'entreprendre des recherches sur l'utilisation des technologies locales et les innovations efficaces, financièrement accessibles et durables en vue de l'amélioration de la santé des populations;

3. DEMANDE au Directeur régional :

- a) de renforcer la capacité de l'OMS à apporter concrètement un appui technique aux Etats Membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques concernant la santé et l'environnement;
- b) d'apporter un appui pour renforcer la capacité des pays à mettre en oeuvre des programmes et des plans d'action et à en assurer le suivi;
- c) d'informer le Comité régional, en 2005, des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie;

4. LANCE un appel aux autres institutions spécialisées et partenaires concernés pour qu'ils apportent un appui technique et financier.

Sixième séance, 10 octobre 2002

AFR/RC52/R4 : Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine

Le Comité régional,

Conscient des rapports étroits et complexes entre pauvreté et santé, particulièrement dans les pays africains;

Préoccupé par la détérioration de l'état de santé de la majorité des Africains durant la dernière décennie, ce qui vient s'ajouter à la lourde charge de morbidité pesant sur les adultes et les enfants;

Rappelant la résolution AFR/RC50/R1 relative à la stratégie régionale intitulée "Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020" ainsi que les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé visant à intensifier les investissements dans le secteur de la santé afin de réduire la pauvreté et de favoriser la croissance économique dans les pays africains;

Appréciant les efforts déployés par les pays membres et par la communauté internationale ces dernières années à l'aide du cadre Pays pauvres très endettés/ Document de stratégie de réduction de la pauvreté (PPTE/DSRP) pour améliorer la mise en oeuvre des politiques en vue des objectifs de réduction de la pauvreté;

Reconnaissant la nécessité pour l'OMS de jouer pleinement le rôle déterminant qui lui incombe dans la réduction de la pauvreté et l'action catalytique en faveur de la croissance économique et du bien-être social, conformément aux objectifs de développement pour le Millénaire adoptés au niveau international;

Ayant examiné attentivement le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC52/11 où est esquissée la stratégie régionale concernant la pauvreté et la santé et qui vise à appuyer le secteur de la santé afin d'apporter une contribution de poids à la réalisation des objectifs nationaux de réduction de la pauvreté,

1. APPROUVE la stratégie proposée;
2. INVITE les Etats Membres :
 - a) à entreprendre les réformes appropriées dans le secteur de la santé, dans le contexte de réformes plus vastes du secteur public, pour améliorer réellement à court terme l'état de santé des pauvres;
 - b) à actualiser les politiques nationales de santé en se fondant sur une approche de planification à long terme;
 - c) à accroître le budget alloué au secteur de la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja par laquelle les pays se sont engagés à allouer 15 % de l'ensemble de leur budget au secteur de la santé;

-
- d) à appuyer les efforts déployés par la société civile et d'autres partenaires pour améliorer la santé des pauvres à la base, en vue d'accroître la capacité d'absorption du secteur de la santé et d'améliorer la réactivité des responsables du secteur public face aux objectifs de réduction de la pauvreté;
 - e) à préconiser, aux niveaux national et international, une augmentation des ressources allouées au secteur de la santé, et à mettre au point un mécanisme transparent pour la gestion, le suivi et l'évaluation de ces ressources;
3. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional :
- a) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'élaboration des politiques et programmes nationaux de santé qui permettront de réduire la pauvreté;
 - b) d'accroître, par le biais d'établissements de formation, l'appui aux professionnels nationaux dans le domaine de la santé et du développement afin de renforcer leurs capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation des politiques;
 - c) d'aider à mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en oeuvre de cette stratégie;
 - d) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, en 2005, sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette stratégie régionale.

Sixième séance, 10 octobre 2002

AFR/RC52/R5 : Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la mise en oeuvre de la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé;

Reconnaissant l'importance des ressources humaines pour la prestation de soins de santé de qualité et la mise en oeuvre réussie des réformes du secteur de la santé;

Rappelant la résolution AFR/RC48/R3 par laquelle le Comité a adopté la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé et la résolution WHA54.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux;

Notant avec inquiétude le faible niveau de mise en œuvre de la stratégie;

Profondément préoccupé par le haut niveau de l'exode et de la migration des cerveaux et leurs effets négatifs sur les services de santé dans la Région;

Conscient de la nécessité de disposer d'une approche plus exhaustive et multisectorielle pour s'attaquer aux questions des ressources humaines pour la santé;

Appréciant les efforts consentis par les Etats Membres et les partenaires pour bien résoudre les questions des ressources humaines pour la santé;

Appréciant l'appui fourni par les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine à la faveur de la décision AHG/Dec.24/XXXVIII sur "Le développement des ressources humaines pour la santé en Afrique : enjeux et possibilités d'action",

1. APPROUVE la mise en œuvre accélérée du développement des ressources humaines pour la santé comme proposé dans le document AFR/RC52/13;
2. FELICITE le Directeur régional pour l'appui apporté au développement des ressources humaines pour la santé;
3. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - a) d'accorder une haute priorité au développement des ressources humaines pour la santé, notamment en mobilisant et en allouant davantage de ressources financières, en valorisant les agents de santé et en reconnaissant leur valeur professionnelle, et de mettre davantage l'accent sur les questions de gestion des ressources humaines pour la santé telles que les politiques de l'emploi, la mise en place de plans de carrière flexibles, le renforcement de la motivation et la rétention des personnels afin de réduire l'exode des cerveaux, et l'adoption d'une législation appropriée;
 - b) d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé conformément à la résolution AFR/RC48/R3

et de tenir compte des orientations supplémentaires qui figurent dans le document AFR/RC52/13;

- c) d'encourager l'Assemblée mondiale de la Santé à négocier une convention internationale relative au recrutement des personnels de santé originaires des pays en développement;
- d) de faire les préparatifs qui s'imposent pour marquer l'Année africaine des ressources humaines pour la santé en 2004;

4. PRIE le Directeur régional :

- a) d'exercer un rôle de chef de file pour bâtir et coordonner des partenariats pour le développement des ressources humaines pour la santé, notamment en poursuivant des activités de mobilisation et d'appui en vue de célébrer l'Année africaine des ressources humaines pour la santé en 2004 et d'organiser un sommet extraordinaire des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine;
- b) de renforcer la collaboration avec des partenaires tels que l'Organisation internationale pour les Migrations afin de faciliter le recours à des experts africains de la diaspora et d'aider les Etats Membres à fournir une assistance à ceux des personnels de santé qui choisissent de rentrer;
- c) de faire rapport tous les deux ans sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de développement des ressources humaines pour la santé.

Sixième séance, 10 octobre 2002

AFR/RC52/R6 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Se félicitant des mesures préparatoires prises par le Secrétariat pour organiser la cinquante-deuxième session du Comité régional à Harare (Zimbabwe);

Appréciant les efforts tout particuliers consentis par Son Excellence le Camarade Robert Gabriel Mugabe, Président de la République du Zimbabwe, ainsi que par le Gouvernement et le peuple zimbabwéens pour faciliter la tenue de la cinquante-deuxième session du Comité régional dans un délai très court;

Sensible à l'hospitalité africaine accordée à tous les Etats Membres et à leurs délégations ainsi qu'aux autres participants;

1. REMERCIE de tout cœur le Gouvernement du Zimbabwe pour toute l'aide octroyée au Bureau régional afin d'assurer le succès de la cinquante-deuxième session du Comité régional;
2. EXPRIME sa profonde gratitude à Son Excellence le Camarade Robert Gabriel Mugabe pour avoir aimablement accepté d'ouvrir officiellement la cinquante-deuxième session;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre ses sincères remerciements à Son Excellence le Camarade Robert Gabriel Mugabe ainsi qu'au Gouvernement et au peuple zimbabwéens.

Huitième séance, 12 octobre 2002

PARTIE II

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

CEREMONIE D'OUVERTURE

1. La cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte au Centre international de Conférence de l'Hôtel Sheraton à Harare (Zimbabwe), le mardi 8 octobre 2002, par Son Excellence le Camarade Robert G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe. Parmi les personnalités présentes à la cérémonie d'ouverture figuraient : les membres du Gouvernement du Zimbabwe, les Ministres de la Santé et les Chefs de Délégation des Etats Membres de la Région africaine de l'OMS; l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, Commissaire par intérim à la Direction des Affaires sociales et de la Coopération afro-arabe, et Représentant du Secrétaire général de l'Union africaine; le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS; le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique; des membres du corps diplomatique, ainsi que des représentants des institutions du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales. *(La liste des participants figure à l'Annexe 1).*
2. Le maître des cérémonies, le Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-être de l'Enfant du Zimbabwe, a souhaité la bienvenue aux Ministres de la Santé, aux délégués et aux autres participants.
3. Il a souligné qu'en dépit de ce que les délégués pouvaient avoir appris des médias internationaux, le Zimbabwe reste caractérisé par la paix et la tranquillité. L'Honorable Ministre a remercié le Bureau régional de l'OMS et le bureau de l'OMS au Zimbabwe, qui ont travaillé d'arrache-pied pour garantir le succès de la réunion. Il a assuré les délégués que le Gouvernement du Zimbabwe ferait tout son possible pour rendre leur séjour agréable.
4. Le Dr Parirenyatwa a également remercié le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, pour avoir effectué au Zimbabwe deux visites dans un intervalle de temps relativement court, marquant ainsi son intérêt pour les problèmes et les enjeux de la Région africaine.
5. Il a rappelé que lors de la cinquante et unième session du Comité régional qui s'est tenue en République du Congo en 2001, il était convenu que la cinquante-deuxième session se tiendrait à Brazzaville. Cependant, pour des raisons indépendantes de la volonté des organisateurs, il n'a pas été possible de tenir cette session à Brazzaville, Siège du Bureau régional de l'Afrique.

6. Pour conclure, le Dr Parirenyatwa a exprimé l'espoir que la réunion s'attaquerait aux défis auxquels les Etats Membres sont confrontés et proposerait des interventions concrètes pour améliorer la performance des systèmes de santé et, en dernière analyse, la qualité de vie des populations de la Région africaine. (*Le texte intégral de son allocution figure à l'Annexe 6*).

7. Le Représentant du Secrétaire général de l'Union africaine, l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, a remercié le Président, le Gouvernement et le peuple du Zimbabwe pour avoir bien voulu accueillir la session du Comité régional de l'OMS. Il a également salué l'excellent travail accompli par le Directeur régional qui a renforcé le rôle du Bureau régional dans la recherche de solutions aux problèmes sanitaires de la Région.

8. Il a rappelé que l'OMS était la première institution des Nations Unies à avoir signé un accord de coopération avec l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) en 1969. L'OUA s'occupait essentiellement du plaidoyer et de sensibilisation des responsables de l'élaboration des politiques à l'importance de la santé dans le développement socio-économique tandis que le rôle de l'OMS consistait surtout à apporter un appui aux Etats Membres pour la mise en oeuvre des politiques et plans nationaux de santé.

9. L'Ambassadeur Doutoum a déclaré que la transition de l'OUA à l'Union africaine se poursuit encore. Il a assuré les délégués que le mandat de l'Union africaine, qui consiste à promouvoir le développement politique et socio-économique de l'Afrique, a été renforcé. Aussi, l'Union africaine s'attachera-t-elle à capitaliser les résultats obtenus par l'OUA au cours des 39 dernières années.

10. En conclusion, l'Ambassadeur Doutoum a proposé que le Bureau régional de l'OMS crée un bureau auprès de l'Union africaine qui serait essentiellement chargé de la coopération entre les deux organisations. Ce bureau travaillerait en collaboration avec le Bureau de liaison de l'OMS pour l'Union africaine et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) à Addis Abéba. Il permettrait d'accélérer les communications, de même que la collecte et les échanges d'information sur les problèmes sanitaires urgents, et de faciliter le partage d'information en vue des négociations internationales concernant la santé. (*Le texte intégral de son allocution figure à l'Annexe 7*).

11. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Ebrahim M. Samba, a rappelé aux délégués que lors de la quarante-huitième session du Comité régional, Son Excellence le Président Mugabe avait proclamé le Dr Brundtland "Soeur honoraire" de l'Afrique. Il a réitéré que les résultats obtenus par le Directeur général de l'OMS dépassaient

largement les espérances des Etats Membres de la Région africaine. Le Dr Samba a regretté que cette session soit la dernière à laquelle assistait le Dr Brundtland et lui a souhaité ses vœux les meilleurs pour l'avenir.

12. Le Directeur général de l'OMS, le Dr Gro Harlem Brundtland, a remercié le Président et le Gouvernement du Zimbabwe pour avoir accepté d'accueillir la cinquante-deuxième session du Comité régional.

13. Le Dr Brundtland a informé le Comité que des preuves de plus en plus nombreuses indiquent que la santé joue un rôle essentiel dans l'instauration d'un développement pacifique. S'agissant du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, elle a indiqué que la forte incidence du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose, des maladies de la mère et de l'enfant, et celle des maladies non transmissibles entravent le développement de la Région africaine. Elle a lancé un appel pour l'accroissement des investissements en faveur des interventions ayant un bon rapport coût/efficacité dans les systèmes de santé, et pour la mise en oeuvre de nouvelles réformes garantissant l'équité en matière de santé.

14. Le Directeur général a relevé que la santé avait occupé une place de choix lors des récentes conférences internationales tenues à Monterrey (Mexique) et à Doha (Qatar), de même qu'au Sommet mondial pour le Développement durable à Johannesburg (Afrique du Sud). Elle a lancé un appel afin de mieux cibler les priorités et d'identifier des moyens d'action appropriés permettant de réaliser les meilleurs résultats possibles. Le Dr Brundtland est convaincue que les objectifs de développement pour le Millénaire (OMD) pourraient favoriser la coordination de l'action multisectorielle en faveur de la santé. Elle a salué la création du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

15. Le Dr Brundtland a indiqué que le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose est une riposte puissante face aux effets redoutables de ces maladies, et a ajouté que l'OMS souhaitait que des mécanismes efficaces soient mis en place pour la gestion de ces nouvelles ressources. Elle a fait savoir que le Fonds tirait parti des résultats remarquables déjà obtenus par les initiatives Faire reculer le paludisme et Halte à la tuberculose, et diverses stratégies mises en oeuvre par le secteur de la santé face à la pandémie de VIH/SIDA. Elle a enfin noté que les gouvernements, la société civile et les organisations privées s'étaient associés à la communauté internationale pour donner vie à ces initiatives.

16. En ce qui concerne le prix des produits sanitaires essentiels, y compris les médicaments, le Dr Brundtland a déclaré que les efforts intenses déployés ces quatre dernières années avaient permis de donner aux pauvres un meilleur accès aux médicaments, de réduire de 80 à 90 % le prix de certains médicaments antirétroviraux, et de 30 % le prix des médicaments antituberculeux. Ils ont, en outre, permis de distribuer gratuitement la Névirapine pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, et de réduire le coût de la polychimiothérapie pour la lèpre.

17. Elle a fait savoir que de nouveaux partenariats avaient été établis pour la mise au point de médicaments permettant de soigner des maladies négligées et que les mesures de sauvegarde prévues par l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) avaient été renforcées à la réunion de Doha. Elle a estimé qu'aucun accord commercial ne devrait priver de médicaments indispensables les personnes qui en ont besoin, quel que soit l'endroit où elles vivent et leur solvabilité.

18. S'agissant de la corrélation entre la santé et l'environnement, le Directeur général a indiqué qu'un environnement insalubre favorisait les maladies infantiles, provoquait la contamination de l'eau et des aliments par les déchets humains, les agents pathogènes et les produits chimiques, et entraînait la propagation d'autres produits toxiques dans l'air et le sol. Elle a souligné que, rien qu'en l'an 2000, l'insalubrité de l'environnement avait provoqué le décès de 5 millions d'enfants. Elle a insisté sur le fait que le temps est venu pour tous les acteurs de collaborer en vue de s'attaquer aux risques pour la santé liés à l'environnement, grâce à la mise en oeuvre d'interventions ayant un bon rapport coût/efficacité, qui existent déjà.

19. Le Directeur général a indiqué que l'OMS était prête à accorder un appui aux systèmes de santé nationaux pour mettre un terme à l'exode persistant des professionnels qualifiés, accroître la disponibilité des médicaments et des produits essentiels, et mettre en place des bases solides pour le financement de la santé.

20. Le Dr Brundtland a souligné que plus d'un quart des Africains vivaient dans des pays en crise où la violence et la maladie compromettent la sécurité humaine. Elle a attiré l'attention sur les tragédies auxquelles sont confrontées les populations de l'Afrique australe et qui ont pour noms : la pauvreté, le VIH/SIDA, la sécheresse. Elle a en outre fait remarquer qu'en raison des capacités limitées des services de santé à faire face à ces tragédies, quelque 15 millions de personnes connaissent de dures épreuves, et la mortalité est en augmentation. Elle a informé le Comité que l'OMS appuie les actions ciblées et apporte son concours afin de mobiliser davantage de ressources en faveur de ceux qui sont dans le besoin.

21. Le Directeur général a fait remarquer que, dans certains cas, la consommation de tabac avait diminué en raison de l'augmentation des taxes, de l'interdiction des publicités et des réglementations contre la pollution de l'atmosphère. Toutefois, en dépit de ces efforts, près de 4 millions de personnes meurent chaque année des suites du tabagisme. Elle a indiqué que l'adoption de la Convention cadre pour la lutte antitabac fournirait l'an prochain un puissant outil aux Etats Membres pour combattre la publicité sur le tabac comme moyen de parrainage promotionnel, et le commerce illicite du tabac, et pour encourager les taxes et la coopération internationale. Elle a exhorté les gouvernements à faire preuve de détermination politique dans les phases finales cruciales de l'élaboration de la Convention, ce qui donnerait plus de force au premier traité international de l'OMS.

22. Se référant à l'Initiative axée sur les pays, lancée par l'OMS, le Dr Brundtland a informé le Comité que l'Organisation avait fait de grands efforts pour renforcer sa présence dans tous les pays, notamment en Afrique. Elle a souligné la nécessité de renforcer les compétences des bureaux de l'OMS dans les pays en ce qui concerne les systèmes sanitaires pour leur permettre de collecter et synthétiser l'information sanitaire pertinente en collaboration avec les autorités sanitaires nationales.

23. S'agissant du Budget Programme 2004-2005, elle a informé le Comité que le budget ordinaire de la Région passait de 186 millions de dollars à 193 millions de dollars. Pour conclure, elle a rendu hommage au dévouement du personnel de l'OMS dans les pays et dans les Bureaux régionaux, notamment en Afrique. (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 8*).

24. Dans son allocution d'ouverture, Son Excellence le Président de la République du Zimbabwe, le Camarade Robert G. Mugabe, a souhaité la bienvenue à Harare aux Honorables Ministres de la Santé et aux délégués, et s'est félicité de l'honneur fait au Zimbabwe. Il a regretté que cette session du Comité régional n'ait pu se tenir à Brazzaville et a exprimé l'espoir que la situation de sécurité s'améliorerait dans cette ville pour permettre la tenue des futures réunions du Comité régional.

25. Il a évoqué la réunion tenue à Harare, en août 2002, par les Ministres de la Santé des pays de la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC) qui ont convenu d'une stratégie pour atténuer les effets de la sécheresse sur la santé. La crise, a-t-il ajouté, est accentuée par la double épidémie de VIH/SIDA et de tuberculose, et il a fait remarquer que la session du Comité régional vient à point nommé à cet égard.

26. Le Président a fait observer que la récession économique dans les pays de la Région mettait en péril les systèmes de santé déjà fragilisés et qui, à présent, ne sont pas en mesure de relever de manière appropriée et efficace les défis sur le plan de la santé.

27. Il a informé les délégués des contributions que son pays a reçues de l'initiative "Faire reculer le paludisme" et a invité d'autres partenaires à apporter leur concours, en garantissant que les ressources seraient utilisées de manière efficiente.

28. Le Président a insisté sur l'ampleur croissante des maladies non transmissibles et sur l'importance de leur prévention par le biais de l'approche fondée sur les facteurs de risque. Il a souligné le fait que le traitement des maladies non transmissibles était plus onéreux que celui des maladies infectieuses, ce qui justifie l'accent à mettre sur leur prévention.

29. Il a félicité l'OMS pour son rôle dans la mise sur pied de partenariats solides avec l'UNICEF et d'autres institutions du système des Nations Unies, notamment dans le domaine de l'approvisionnement en vaccins.

30. Le Président a remercié le Directeur général de s'être montrée une véritable amie de l'Afrique dans les bons comme dans les moments difficiles. Il a exprimé sa gratitude au Dr Brundtland, qui a accordé une attention particulière à la Région africaine lors de l'allocation des fonds du budget ordinaire et ceux en provenance d'autres sources. Le Président Mugabe a fait savoir au Dr Brundtland qu'elle était une "soeur" et donc une citoyenne honoraire du Zimbabwe et qu'elle pouvait revenir "chez elle" aussi souvent qu'elle le voudrait.

31. Le Président a invité les Honorables Ministres à se soustraire quelque peu à leur emploi du temps chargé pour visiter le pays et admirer certains de ses sites touristiques. Il a souhaité aux délégués des délibérations fructueuses et un agréable séjour au Zimbabwe. Il a ensuite déclaré la cinquante-deuxième session du Comité régional ouverte. (*Le texte intégral de son allocution se trouve à l'Annexe 9*).

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

32. M. G. L. Burci (Conseiller juridique au Siège de l'OMS) a fait observer qu'aucun des membres du bureau élus à la cinquante et unième session du Comité régional n'était présent à l'ouverture de la présente session. Le Règlement intérieur du Comité ne prévoit

aucune disposition relative à un tel cas de figure. Toutefois, il stipule que dans des circonstances particulières, les articles pertinents du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé s'appliquent. L'article 30 du Règlement intérieur de l'Assemblée stipule que le Directeur général ouvre la session de ladite Assemblée en l'absence des membres de son bureau. Par analogie aux dispositions de cet article, il revient au Directeur régional de l'OMS de présider la session du Comité jusqu'à l'élection de son bureau.

33. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Burundi, Congo, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Maurice, Namibie et Ouganda. Le Sous-Comité s'est réuni à 11h.30 le mardi 8 octobre 2002 et a élu Rapporteur le Dr M. Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

34. 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. Urbain Olanguena Awono
Ministre de la Santé
Cameroun

1^{er} Vice-Président : Professeur Andry Rasamindrakotroka
Ministre de la Santé
Madagascar

2^{ème} Vice-Président : Dr Nathaniel S. Bartee
Vice-Ministre de la Santé/Responsable des services médicaux
Libéria

Rapporteurs : Dr Motloheloa Phooko
Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale
Lesotho

Mme Ousseini Halimatou Abdoulwahid
Ministre de la Santé publique et de la Lutte contre les Endémies
Niger

Dr A. T. De Nobreza Libombo
Vice-Ministre de la Santé
Mozambique

Adoption de l'ordre du jour

35. Le Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional, M. Urbain Olanguena Awono, Ministre de la Santé du Cameroun, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC52/1 Rév. 2) et le projet de programme de travail (document AFR/RC52/1 Rév. 2, Add. 1) qui ont été adoptés sans amendement. (*Le texte intégral se trouve aux Annexes 2a et 2b*).

Adoption de l'horaire de travail

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

Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

37. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 pays suivants: Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Tchad, République démocratique du Congo, Guinée, Libéria, Mali, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

38. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 8 octobre 2002 et a élu Président, le Dr Fatoumata Nafou-Traoré, Chef de la délégation du Mali

39. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ceux-ci satisfont aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.

**ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL
DU DIRECTEUR REGIONAL 2000-2001 (document AFR/RC52/2)**

40. Le Directeur régional a exprimé sa grande satisfaction et a remercié les Etats Membres ainsi que le Directeur général pour avoir renforcé les activités de l'OMS dans la Région africaine en facilitant le recrutement du meilleur personnel possible. Il a rappelé aux délégués que le recrutement du personnel de l'OMS se fait conformément aux règles de l'Organisation en se fondant uniquement sur le mérite, et s'est dit satisfait du fait que cette approche s'était révélée payante et avait résisté à l'épreuve du temps.

41. Il a informé le Comité que le plan d'action 2000-2001 avait été mis en oeuvre dans des circonstances difficiles et a félicité le personnel pour son engagement et son ardeur au travail.

42. Le Dr Samba a invité le Comité à examiner le rapport de façon critique en vue de donner des lignes directrices et des orientations sur la manière d'améliorer, pour le futur, le travail de l'OMS dans la Région africaine.

43. Le Directeur régional a ensuite invité le Directeur de la Gestion des Programmes et les Directeurs des diverses Divisions du Bureau régional à présenter les sections du rapport relatives à leurs domaines d'activité respectifs.

Développement et direction d'ensemble des programmes

44. Le Dr L. G. Sambo, Directeur de la Gestion des Programmes a présenté le rapport biennal qui reflète la contribution du Secrétariat de l'OMS à la mise en oeuvre de la politique régionale en vue de la santé pour tous. Il a indiqué que cette contribution incluait les activités menées par les équipes de l'OMS dans les pays, le personnel interpays et le personnel des Divisions, des Unités et des Programmes du Bureau régional.

45. Il a expliqué que la première partie du rapport s'articulait autour des domaines d'activité définis au niveau mondial, qui constituent des agrégats fonctionnels de la gestion des programmes à l'OMS. Dans chaque domaine d'activité, le rapport a identifié les principaux problèmes et enjeux dans la Région africaine, présenté une vue globale de la riposte de l'OMS, les résultats atteints dans la période biennale, et les perspectives. Les principaux facteurs ayant facilité et ceux ayant entravé la mise en oeuvre du programme ont été également décrits.

46. La deuxième partie du rapport décrit les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de résolutions spécifiques adoptées au cours des précédentes sessions du Comité régional, et intitulées :

- a) Stratégie régionale pour promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé
- b) Stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine
- c) Faire reculer le paludisme dans la Région africaine
- d) Stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire
- e) Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles
- f) Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé
- g) Stratégie de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS
- h) Réforme du secteur de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation de la mise en oeuvre et perspectives
- i) Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

47. Le Dr Sambo a rappelé que le Budget Programme 2000-2001 était le dernier au titre du Neuvième Programme général de Travail de l'OMS. En outre, il a souligné d'une part, que le Budget Programme a été mis en oeuvre dans un contexte de grandes réformes dans l'ensemble de l'Organisation; et d'autre part, que le Bureau régional fonctionnait sur une base temporaire à partir de Harare (Zimbabwe). Dans le même temps, les Etats Membres étaient frappés par la pandémie de VIH/SIDA, la pauvreté généralisée, la récession économique et la survenue de fréquentes catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.

48. Conformément aux principes énoncés dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, le Bureau régional a mis en oeuvre le Budget Programme 2000-2001 en utilisant le système de gestion basé sur les résultats. Sur la base des enseignements tirés du processus de suivi et d'évaluation, un cadre stratégique a été élaboré et porté à la connaissance du personnel de l'OMS dans la Région pour donner des orientations relatives au travail de l'Organisation durant la période 2002-2005. Le Bureau régional a par ailleurs élaboré, en collaboration avec le Siège et les bureaux de pays, le Budget Programme 2002-2003 qui est en cours de mise en oeuvre. A la suite de ce processus participatif, la coopération technique de l'OMS avec les pays s'avère désormais plus adaptée aux besoins des pays, et des relations plus solides ont été établies entre les programmes et le personnel au niveau du Siège, du Bureau régional et des bureaux de pays. De plus, la collaboration

s'est améliorée avec les autres partenaires impliqués dans le développement sanitaire, les institutions multilatérales et bilatérales, les banques de développement et les organisations non gouvernementales (ONG).

49. Le Dr Sambo a souligné que, pour assurer la pérennité des progrès réalisés dans l'amélioration de l'état de santé des populations, il était nécessaire de mener une action concertée, en vue de s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé en Afrique. A cet égard, il a indiqué que la Région africaine de l'OMS avait considérablement intensifié ses activités dans les domaines d'activité *Promotion de la santé, Santé et environnement, Santé et développement durable, et Pauvreté et santé*. Cela devrait permettre d'identifier les facteurs de risques à l'origine des maladies, tout en maintenant l'appui apporté aux activités en cours dans le domaine de la lutte contre la maladie.

50. L'OMS a ciblé ses activités sur les conseils politiques prodigués aux Etats Membres, le renforcement des capacités, l'appui technique pour l'élaboration de la composante santé du document de stratégie de la réduction de la pauvreté et pour l'intégration des aspects sanitaires globaux dans le plan national de développement sanitaire à long terme.

51. Le Dr Sambo a indiqué, qu'en dépit des difficultés persistantes sur les plans sociopolitique, macroéconomique et de santé publique, la période biennale avait enregistré des réalisations notables. Par exemple, des progrès considérables ont été réalisés en matière de : dépistage et éradication de la poliomyélite; élimination de la lèpre; renforcement de la lutte contre la tuberculose (55 % des pays ont augmenté de 50 % le traitement de brève durée sous surveillance directe "DOTS"); lancement dans la plupart des pays de l'initiative Faire reculer le paludisme au niveau des districts; promotion de la santé de la famille et de la santé génésique; et appui en faveur de l'utilisation des bases factuelles et de l'information pour la prise de décision et l'action.

52. Il a informé le Comité que, dans le cadre d'une politique centrée sur l'action dans les pays, 63,5 % du budget ordinaire sont affectés aux pays et utilisés à ce niveau. L'appui du Siège et du Bureau régional aux pays s'est considérablement amélioré.

53. Il a ajouté qu'afin de renforcer les bureaux de l'OMS dans les pays, des recrutements du personnel technique de base ont été effectués pour étoffer les équipes de pays; les Représentants de l'OMS et les Chefs des bureaux de liaison ont été formés dans le domaine du leadership et de la gestion stratégique; des ateliers et des retraites ont été organisés pour permettre aux personnels des bureaux de pays de procéder à des échanges mutuels portant sur les meilleures pratiques; deux Réunions régionales du Programme ont été organisées avec les Représentants et les chefs des bureaux de liaison de l'OMS

pour examiner la mise en œuvre du Budget Programme; plus de pouvoirs ont été délégués aux Représentants de l'OMS, notamment en matière de gestion des ressources. Enfin, la stratégie de coopération avec les pays a démarré dans sept Etats Membres afin de mieux adapter la coopération de l'OMS aux besoins spécifiques des pays et de renforcer les partenariats pour atteindre les objectifs nationaux de développement sanitaire.

54. S'agissant des Organes directeurs de l'OMS, le Bureau régional a centré les ordres du jour des cinquantième et cinquante et unième sessions du Comité régional sur les principales priorités en matière de santé dans la Région africaine. En outre, le Bureau régional a organisé des séances d'information et assuré la distribution en temps opportun des documents de travail aux délégations des pays afin qu'elles puissent participer plus efficacement aux réunions du Conseil exécutif, à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Comité régional.

55. Il a rappelé aux Ministres de la Santé et aux délégués que la Région africaine est actuellement confrontée à d'énormes défis liés aux situations d'urgence. C'est pourquoi des activités régionales et interpays ont été mises en oeuvre dans le domaine d'activité *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours* afin de renforcer les capacités humaines et institutionnelles en la matière. Les pays sévèrement touchés par des catastrophes naturelles ou causées par l'homme, ont reçu des trousseaux de matériels et médicaments.

56. Il a informé le Comité qu'au nombre des principaux facteurs qui ont facilité ces activités, figurent la collaboration étroite avec les Etats Membres, les institutions des Nations Unies, l'Organisation de l'Unité africaine (Union africaine), les institutions sous-régionales, les donateurs et les autres parties concernées de la Région africaine. Par ailleurs, à travers le Comité régional et les réunions connexes du Sous-Comité du Programme, les Etats Membres ont fourni des contributions pertinentes et donné des orientations dans les domaines d'activité de l'OMS qui méritaient d'être renforcés.

57. Le Dr Sambo a salué l'engagement ferme dont les Etats Membres ont fait preuve par rapport aux initiatives internationales visant à répondre aux priorités tant mondiales que régionales telles que l'initiative Faire reculer le paludisme, les Journées nationales de vaccination (JNV), la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous observation directe), et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Cet engagement

a énormément contribué au renforcement du partenariat entre l'OMS et les autres acteurs du développement sanitaire, et facilité la mobilisation des fonds provenant d'autres sources tant au niveau régional que national.

58. Il a mentionné divers facteurs qui ont entravé la mise en oeuvre du Budget Programme dont : l'instabilité politique et l'insécurité qui, dans certains pays, ont limité la portée des interventions; la conjoncture macroéconomique défavorable et la pauvreté qui se sont traduites, dans la plupart des pays, par une insuffisance des ressources allouées aux ménages et au secteur de la santé; l'exode des personnels hautement qualifiés des ministères de la santé, qui a entraîné un surcroît de travail pour le personnel disponible et un faible niveau de productivité du secteur de la santé en général; et l'incidence croissante du VIH/SIDA qui a déstabilisé les services nationaux de santé à un degré insoutenable.

59. Le Dr Sambo a conclu son exposé en soulignant certains des enjeux à venir, à savoir :

- a) la nécessité d'intensifier et élargir le plaidoyer en vue d'une réduction de la pauvreté, et d'appuyer fermement le secteur de la santé afin de renforcer son avantage comparatif en tant que point d'entrée véritable pour le développement socio-économique; et la nécessité d'un engagement en faveur des objectifs de développement pour le Millénaire et en faveur du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD);
- b) la nécessité d'accroître le financement du secteur de la santé en vue de répondre à la demande de plus en plus accrue de services de soins de santé liée à l'augmentation de la charge de morbidité imputable aux maladies et aux pathologies de la pauvreté;
- c) la nécessité d'entreprendre des réformes du secteur de la santé faisant appel à une approche créative et participative, fondée sur des bases factuelles;
- d) la nécessité de motiver et de retenir les personnels de santé afin de réduire l'exode des cadres les plus qualifiés.

60. Au cours de ses débats, le Comité a félicité le Secrétariat pour avoir préparé un rapport cohérent et ciblé, et a exprimé sa satisfaction par rapport à l'augmentation du budget affecté au niveau des pays.

61. Le Comité a souligné la nécessité d'intégrer la composante renforcement des capacités dans tous les domaines d'activité pour permettre à l'OMS d'être en mesure de répondre aux besoins des pays à tous les niveaux. Il importe de privilégier la formation des agents qui jouent un rôle clé dans la prestation des soins de santé primaires et d'allouer des fonds à cette fin.

62. Le Comité a recommandé que l'OMS facilite les échanges de données d'expériences en mettant à profit les meilleures pratiques réalisées dans les pays.

63. Dans le cadre de la gestion fondée sur les résultats, le rapport devrait aller au-delà des indicateurs de processus afin de rendre compte de la performance des interventions et d'assurer le suivi des tendances. Le Comité a relevé que de nombreuses actions menées dans les Etats Membres ne reposaient pas sur des bases factuelles et a sollicité l'appui de l'OMS dans ce domaine.

64. Les délégués ont fait observer que les lourdeurs administratives liées aux modalités d'accès au Fonds mondial retardaient le déblocage des fonds au profit des pays. Ils ont demandé au Directeur général d'intervenir à ce sujet.

65. Les délégués se sont dit préoccupés par rapport aux critères d'éligibilité aux Fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), qui excluent certains pays pourtant confrontés à des difficultés dans la mise en oeuvre du programme élargi de vaccination (PEV). Ils ont demandé à l'OMS de plaider en faveur d'une révision des critères d'inclusion.

66. Le Comité a souligné la nécessité d'adopter des approches différentes selon qu'il s'agisse de pays stables, de pays en conflit ou de pays en phase de post-conflit, puisque leurs besoins ne sont pas les mêmes. L'OMS devrait être consciente de cette diversité lorsqu'elle formule des stratégies et des programmes et détermine les priorités.

Développement des systèmes et services de santé

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

68. Il a informé le Comité que pour la période biennale 2000-2001, la Division était responsable de trois domaines d'activité : *Sécurité transfusionnelle et technologie clinique (BCT)*; *Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (EDM)*; et *Organisation des services de santé (OSD)*.

69. Les réalisations dans le domaine de la *Sécurité transfusionnelle et de la technologie clinique* comprenaient : l'élaboration et l'adoption de la stratégie régionale pour la sécurité transfusionnelle par la cinquante et unième session du Comité régional; la formation de 64 directeurs des services de transfusion sanguine dans le domaine de l'assurance de qualité; la finalisation de la politique nationale de transfusion sanguine dans dix pays; et le renforcement des capacités techniques des services nationaux de transfusion sanguine de Harare et d'Abidjan.

70. Le Dr Chatora a indiqué qu'au titre du domaine d'activité *Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques*, des lignes directrices pour la gestion des médicaments au niveau des centres de santé, le traitement des morsures de serpents et l'inspection des établissements pharmaceutiques ont été élaborées; des politiques pharmaceutiques nationales ont également été finalisées dans quatre pays. Une stratégie régionale relative à la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, ainsi que des protocoles génériques pour l'évaluation des remèdes traditionnels, ont été élaborés. Enfin, une réunion relative à l'Accord portant sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) à été organisée pour les pays anglophones.

71. Il a signalé que le domaine d'activité *Organisation des services de santé (OSD)* a contribué à l'élaboration et l'adoption de la "Politique de la Santé pour Tous dans la Région africaine pour le vingt et unième siècle : Agenda 2020". Ce domaine d'activité a en outre fourni un appui pour l'élaboration des politiques nationales de santé dans 24 pays, dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Plusieurs pays ont reçu un appui pour évaluer l'opérationnalité de leurs systèmes de santé de district. Un nouveau cadre conceptuel pour l'Initiative de Bamako a été formulé; 10 pays ont eu leurs systèmes d'information sanitaire renforcés; les compétences en méthodologie de recherche sur les systèmes de santé ont été améliorées dans huit pays; 47 gestionnaires de Bibliothèques bleues ont été formés; des orientations pour l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé ont été élaborées et testées; un plan à moyen terme (2002-2006) sur le développement des ressources humaines pour la santé a été élaboré à l'intention des pays de langue portugaise de la Région; 556 bourses ont été octroyées aux Etats Membres; des études ont été initiées sur la migration des personnels de santé qualifiés dans six pays.

72. Enfin, le Dr Chatora a informé le Comité que le Bureau régional applique actuellement diverses stratégies pour permettre aux systèmes de santé des Etats Membres de mieux assurer des prestations de services de santé de haute qualité; et pour améliorer

l'accès des populations aux médicaments essentiels, à du sang non contaminé et aux technologies de soins de santé.

73. Au cours des débats, il a été indiqué que l'exode des cerveaux constitue une contrainte grave pour le développement des soins de santé dans la Région. Parmi les suggestions faites pour remédier à la situation figurent : la promotion d'échanges de professionnels de la santé au sein de la Région; l'appui de l'OMS pour aider les Ministères de la Santé à trouver les moyens de motiver et de fidéliser le personnel; l'élaboration d'un code de conduite universel pour le recrutement; et l'indemnisation des pays d'origine par les employeurs.

74. Les délégués ont recommandé que les réformes du secteur de la santé attachent une égale importance aux soins curatifs et préventifs. Ils ont en outre suggéré que les réformes hospitalières fassent partie intégrante des réformes du secteur de la santé, ce, en raison de l'état actuel des hôpitaux, et de la demande de soins de qualité.

75. Le Comité a déploré la pénurie de médicaments essentiels dans la Région et recommandé que l'OMS s'emploie davantage à faciliter la production et l'utilisation des remèdes traditionnels, tout en veillant à la qualité et au respect de la réglementation.

76. Le Comité a estimé que la question de la qualité et de la disponibilité des médicaments essentiels requiert plus d'attention. En effet, les pays membres sont aux prises avec un marché illicite de médicaments qui ne fait que s'étendre. Le Comité a recommandé de promouvoir la production locale de remèdes essentiels pour en améliorer l'approvisionnement et l'accessibilité économique notamment pour les pauvres. Il a invité l'OMS à jouer un rôle actif de médiateur dans les négociations avec l'industrie pharmaceutique en vue de faire baisser le prix des médicaments. L'OMS devrait également assurer la promotion de la production locale et régionale de médicaments.

77. Les délégués ont demandé à l'OMS de plaider en faveur de la conservation des forêts tropicales de la Région afin d'y préserver les plantes médicinales indigènes. L'OMS devrait également appuyer la recherche portant sur les remèdes traditionnels qui se sont avérés efficaces pour le traitement de diverses maladies. Dans le cadre des réformes du secteur de la santé, les délégués ont sollicité une assistance de l'OMS pour la formulation de textes législatifs et de plans stratégiques relatifs à la médecine traditionnelle.

78. La performance des systèmes de santé, dans le contexte de l'Initiative de Bamako, a été considérée comme étant d'une importance cruciale pour la prestation des soins de santé au niveau des districts. Les pays ont demandé à être davantage appuyés pour

mener à bien les processus de décentralisation et de mobilisation des ressources. Ils ont rappelé que les programmes d'ajustement structurel des années 80 ont alourdi le fardeau des dépenses de santé pour les populations. Les délégués ont sollicité le concours de l'OMS pour la mise en place de mécanismes viables de financement des soins de santé.

79. Le Comité a demandé à l'OMS d'aider les pays à mettre en place des mécanismes fiables de financement et des systèmes d'information performants au niveau des pays. Il a suggéré que les Etats Membres participent étroitement à l'enquête en cours sur la performance des systèmes de santé, et ceci de sa conception à son exécution.

Lutte contre les maladies transmissibles

80. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté cette section du rapport.

81. Il a informé le Comité que la Division couvrait quatre domaines d'activité : *Surveillance des maladies transmissibles; Maladies transmissibles : prévention et lutte; Maladies transmissibles : éradication et élimination; Maladies transmissibles : recherche et développement.*

82. Au nombre des réalisations dans le domaine d'activité *Surveillance des maladies transmissibles*, figuraient l'évaluation des systèmes existants de surveillance et de riposte dans vingt-sept pays; l'appui fourni à neuf pays pour former leur personnel de santé à la préparation et riposte aux épidémies; la création à Ouagadougou d'un centre polyvalent de surveillance des maladies; le lancement d'un système de surveillance systématique du VIH/SIDA dans vingt-trois pays et la formation du personnel de quarante laboratoires nationaux de santé publique. Le Dr Kaboré a signalé qu'il était prévu de renforcer le centre polyvalent de surveillance des maladies et d'élargir la surveillance intégrée des maladies afin de couvrir tous les pays.

83. Les réalisations dans le domaine d'activité *Maladies transmissibles : prévention et lutte*, comprenaient l'appui apporté à : treize pays pour collecter des données préliminaires sur l'initiative Faire reculer le paludisme; vingt-sept pays d'endémicité pour promouvoir la prise en charge correcte des cas de paludisme; vingt-six pays pour promouvoir les interventions à assise communautaire; six pays pour introduire avec succès la nouvelle initiative de lutte conjointe contre la tuberculose et le VIH/SIDA; dix pays pour renforcer les services de soins à domicile contre le VIH/SIDA; trente pays pour faire passer l'accès à la thérapie DOTS contre la tuberculose de 70 % en l'an 2000 à 86 % en l'an 2001; vingt-trois pays pour des cours standard de formation de niveau intermédiaire en matière de gestion. De plus, trente-trois pays ont bénéficié de fonds de l'Alliance mondiale pour les

vaccins et la vaccination (GAVI), et la couverture régionale du DTC3 est passée de 50 % en 1989 à 59 % en 2001. Le Dr Kaboré a informé le Comité que des plans étaient en cours pour améliorer la mise en oeuvre, la supervision, la surveillance et l'évaluation des activités de l'initiative Faire reculer le paludisme, pour accélérer la couverture du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS) dans tous les pays; pour élaborer, mettre en oeuvre ou élargir des interventions appropriées visant à contenir la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA; pour promouvoir la prestation d'un ensemble de soins par les systèmes de santé de tous les pays en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA et les IST; et pour accélérer les activités d'élimination de la filariose lymphatique dans tous les pays affectés.

84. Au titre des réalisations dans le domaine d'activité *Maladies transmissibles : éradication et élimination*, on peut citer : les Journées nationales de vaccination (JNV) synchronisées dans vingt-deux pays; un taux régional de PFA (paralysie flasque aiguë) non polio de 2,7 cas pour 100 000 enfants de moins de quinze ans, obtenu en 2001; la réduction du nombre de pays dans lesquels circulent les poliovirus sauvages de 16 en 1986 à 6 en l'an 2001; l'élimination du tétanos maternel et néonatal dans douze pays sous réserve de la certification; la baisse de l'incidence globale de la dracunculose de 55 %; la déclaration de quatre pays de la Région comme exempts de la dracunculose; l'élimination de la lèpre validée dans neuf pays. Le Dr Kaboré a informé le Sous-Comité que les activités suivantes étaient en cours : interruption de la transmission des poliovirus sauvages dans les six pays encore en situation endémique; réalisation et maintien de la surveillance de la PFA à un niveau permettant la certification de l'élimination de la poliomyélite dans tous les pays; maintien de l'engagement des gouvernements et des bailleurs de fonds; prise en compte, dans le système de surveillance intégrée, de toutes les activités de surveillance de l'éradication et de l'élimination des maladies.

85. Au nombre des réalisations du domaine d'activité *Maladies transmissibles : recherche et développement* figuraient : la mise en train, dans quatre pays, des études portant sur l'efficacité opérationnelle du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS); l'appui financier apporté à dix-sept pays en vue des activités de recherche opérationnelle relatives à l'initiative Faire reculer le paludisme; l'appui apporté à quinze pays pour leur permettre de conduire des études sur l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques; le soutien apporté à quatorze pays en vue de l'analyse économique de l'impact du paludisme; l'appui fourni à 10 pays en vue d'études pilotes portant sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA; la diffusion dans les pays des résultats de la recherche opérationnelle sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Le Dr Kaboré a informé le Comité que des préparatifs étaient en cours

pour : tirer profit des nouvelles technologies et promouvoir leur usage pour la lutte contre la maladie; identifier et adapter les remèdes traditionnels appropriés qui pourraient être utilisés dans les systèmes de santé existants.

86. Au cours des débats, le Comité a souligné la nécessité d'une gestion coordonnée des épidémies au niveau interpays. Etant donné que la plupart des pays de la Région ont des ressources limitées, il importe d'encourager la mise en oeuvre de programmes intégrés de lutte contre la maladie. La disponibilité des vaccins, par exemple contre la méningite, pose problème dans les situations d'urgence. L'OMS a été invitée à poursuivre son plaidoyer en faveur d'un accroissement des ressources pour l'éradication de la poliomyélite, et en faveur d'un renforcement de la surveillance.

87. Compte tenu de la charge de morbidité liée au paludisme, les délégués ont estimé que cette maladie devait faire l'objet d'une attention encore plus marquée.

88. L'OMS a été invitée à formuler des stratégies de communication portant sur le VIH/SIDA mieux adaptées aux contextes culturels des pays.

89. Le Comité s'est félicité de la stratégie de lutte intégrée contre le VIH/SIDA et la tuberculose, et a demandé à l'OMS d'élaborer des stratégies appropriées d'information, d'éducation et de communication pour faire face au problème de la stigmatisation. La question de la tuberculose à frottis négatif chez les patients séropositifs a été soulevée, et des délégués ont demandé des orientations en vue d'améliorer le dépistage et le traitement précoces.

Lutte contre les maladies non transmissibles

90. Le Dr M. Belhocine, Directeur de la Division Lutte contre les maladies non transmissibles, a présenté cette partie du rapport.

91. Il a informé le Comité que la Division couvrait six domaines d'activité pendant la période biennale considérée : *Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles; Nutrition; Promotion de la santé; Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation; Santé mentale et toxicomanies.*

92. Au titre du domaine d'activité *Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles*, les réalisations obtenues étaient : l'élaboration de la stratégie régionale et du cadre de mise en oeuvre de la lutte contre les maladies non transmissibles; la conduite d'une analyse de la situation en ce qui concerne les capacités nationales de prévention et

de lutte; la formation des professionnels de la santé en épidémiologie et en matière de prise en charge du diabète; le dépistage précoce et le traitement du cancer du col de l'utérus, et le traitement reconstituant atraumatique en santé bucco-dentaire; l'appui au développement des soins préventifs et à la recherche en santé bucco-dentaire (y compris le noma); l'aide apportée à cinq pays en vue de l'élaboration d'une politique nationale en faveur des personnes âgées. Le Dr Belhocine a indiqué les activités planifiées pour le futur, à savoir : l'élaboration des orientations en vue de la prévention et du suivi des principales maladies non transmissibles, en mettant un accent particulier sur la réduction des facteurs de risque; l'appui à la recherche opérationnelle sur les maladies non transmissibles et le noma, et la mise en place d'un réseau pour faciliter un échange de connaissances et d'expériences.

93. S'agissant du domaine d'activité *Nutrition*, les réalisations portaient sur : l'analyse du suivi de la Conférence internationale sur la nutrition et l'application des plans nationaux d'action pour la nutrition (PNAN); l'appui fourni à quatre pays en vue de l'élaboration ou de la révision de leurs plans nationaux; la conduite d'enquêtes sur la carence en iode et l'enrichissement des aliments; la contribution à la finalisation de la stratégie mondiale pour la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant; et la formation en matière d'allaitement maternel et de nutrition dans les situations d'urgence. Le Dr Belhocine a informé le Comité que des efforts seront consentis pour renforcer les partenariats avec les institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales dont les activités ont trait à la nutrition, et pour adopter un programme de travail permettant de répondre aux besoins des pays actuellement touchés par une crise alimentaire.

94. Le domaine d'activité *Promotion de la santé* comptait parmi ses réalisations : l'adoption d'une stratégie régionale de promotion de la santé; la coordination de la participation de l'Afrique à la Conférence mondiale sur la promotion de la santé; la formation des points focaux nationaux aux méthodes d'élaboration de programmes de promotion de la santé; et l'appui fourni à 15 pays pour la mise en œuvre de l'initiative écoles-santé. L'accent sera désormais mis sur des approches interactives et participatives de promotion de la santé afin de favoriser un environnement sain.

95. Les réalisations obtenues dans le domaine d'activité *Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation*, étaient notamment : l'organisation de deux réunions sous-régionales en vue du lancement de l'initiative "Vision 2020" pour la prévention de la cécité; la formation à la gestion des programmes de réadaptation à base communautaire; l'appui fourni à quatre pays en vue de l'intégration des victimes des mines antipersonnel dans les programmes communautaires de réadaptation; l'analyse de la situation effectuée

dans huit pays sur les handicaps. Une importance plus grande sera accordée, à l'avenir, à la prévention de la violence et des traumatismes. Un document régional sera élaboré à ce sujet et soumis au Comité régional en 2003.

96. Le Dr Belhocine a informé le Comité des réalisations enregistrées dans le domaine *Santé mentale* parmi lesquelles il a cité : la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2001 qui avait pour thème "Non à l'exclusion, oui aux soins"; la contribution à la préparation du Rapport sur la santé dans le monde 2001 qui traitait de la santé mentale; la contribution à l'"Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde"; la constitution d'un groupe d'experts en santé mentale pour aider les Etats Membres à appliquer la stratégie de santé mentale; la tenue de réunions interpays pour renforcer les capacités des coordinateurs des programmes de santé mentale; l'appui fourni à cinq pays pour l'élaboration de politiques, de plans stratégiques et de matériels didactiques à l'intention des personnels de santé; et l'appui aux activités liées à la campagne mondiale contre l'épilepsie dans 12 pays. Il a précisé que la lutte contre l'exclusion et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux se poursuivra.

97. Pour ce qui est du domaine d'activité *Toxicomanies*, le Dr Belhocine a indiqué que plusieurs réunions interpays sur la lutte antitabac se sont tenues pour traiter des problèmes de législation, de formulation de politiques et programmes, de collecte de données et de recherche. Deux réunions ont été organisées par l'Algérie et l'Afrique du Sud pour examiner la Convention cadre pour la lutte antitabac. Un site web a été créé sur le programme régional de lutte contre le tabagisme, ainsi qu'une base de données sur la production, la consommation, la législation et les problèmes de santé liés au tabac dans chaque Etat Membre. Vingt-deux pays ont reçu un appui pour organiser une enquête sur le tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire. Trois pays ont été appuyés dans le cadre de l'initiative mondiale sur la prévention de la toxicomanie chez les jeunes. Des agents de santé communautaires appartenant à 75 ONG et à des services gouvernementaux ont reçu une formation en matière d'élaboration, de gestion et d'évaluation d'activités de prévention de la toxicomanie. Le Dr Belhocine a précisé qu'il est prévu pour le futur d'effectuer des analyses de la situation en ce qui concerne l'abus des substances psychoactives, et d'accélérer l'appui aux pays afin qu'ils entreprennent des activités de prévention de l'abus de ces substances.

98. Dans le débat qui a suivi, des délégués ont évoqué la transition épidémiologique en cours dans leurs pays : les maladies transmissibles autrefois prédominantes cèdent la place aux maladies non transmissibles. La prise en considération du coût élevé du traitement des maladies non transmissibles a incité à la mise au point d'outils ayant un bon rapport coût/efficacité dans le domaine de la prévention et de la promotion. Les

délégués ont souligné le déséquilibre en termes d'intérêt et d'allocation de ressources entre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Le Comité a relevé que la drépanocytose n'avait pas été mentionnée, bien qu'elle soit un grave problème de santé publique dans de nombreux pays de la Région. Le risque de transmission du VIH par transfusion sanguine lors du traitement des sujets drépanocytaires a été mis en relief. Le Comité a par ailleurs instamment demandé que l'accent soit davantage mis sur la prévention de la cécité et sur la normalisation du diagnostic et du traitement des cancers.

99. Il est nécessaire de s'attaquer aux effets psychosociaux de la maltraitance des enfants et aux conséquences des situations d'urgence. Il a été recommandé de former des spécialistes en santé mentale, notamment des pédopsychiatres, et d'encourager la collaboration inter pays.

100. Soulignant l'impact de la violence qui entraîne la destruction massive des infrastructures économiques et sanitaires dans les pays en situation de conflit ou de post-conflit, les délégués ont proposé que l'OMS fasse appel aux compétences locales, notamment aux pratiques traditionnelles, pour faire face aux conséquences des conflits sur la santé mentale.

101. Tout en se félicitant de l'initiative lancée par le Directeur général pour lutter contre le tabagisme, les délégués ont noté avec inquiétude que la publicité pour le tabac n'avait pas disparu. Ils ont demandé à l'OMS de poursuivre ses recherches afin d'identifier des alternatives économiquement viables, en considérant que de nombreux pays restent tributaires du tabac comme principale source de revenus.

Santé de la famille et santé génésique

102. Le Dr D. Oluwole, Directeur de la Division Santé de la Famille, a présenté cette partie du rapport.

103. Elle a informé le Comité que les objectifs de la Division étaient de promouvoir la santé génésique des familles et des individus : femmes, hommes et enfants. Cette action passe par quatre domaines d'activité : *Santé de l'enfant et de l'adolescent*; *Recherche et élaboration de programmes en santé génésique*; *Initiative pour une grossesse à moindre risque*; et *Santé et développement de la femme*.

104. Les réalisations dans le domaine de *Santé de l'enfant et de l'adolescent* comprenaient : la finalisation de l'outil d'évaluation de la prise en charge et des soins des nouveau-nés, et son application au niveau de 18 centres de santé dans sept pays; la formation inter pays

dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des abus sexuels contre les enfants dans 28 pays; l'appui pour la mise en œuvre de l'approche de la santé infantile fondée sur les droits de l'enfant dans cinq pays; l'élaboration de la stratégie régionale pour la santé de l'adolescent et son adoption par la cinquante et unième session du Comité régional; la tenue d'une consultation régionale sur les services de santé amis des adolescents, et la mise en place de tels services dans quatre pays. Le Dr Oluwole a indiqué que des plans étaient en cours d'élaboration pour promouvoir la prestation de soins de qualité et la prise en charge des nouveau-nés au niveau des pays, et pour renforcer la collaboration multidisciplinaire et multisectorielle en faveur de la santé des adolescents aux niveaux régional et national.

105. Les principales réalisations dans le domaine d'activité *Recherche et élaboration des programmes en santé génésique* comprenaient : le renforcement des capacités de recherche et d'utilisation des résultats de la recherche pour améliorer, suivre et évaluer les programmes de santé génésique dans 22 pays; la collecte de données de base sur le taux de mortalité maternelle dans 46 pays en vue de l'établissement d'une cartographie de la mortalité maternelle au niveau régional; l'élaboration d'un guide clinique pour la prise en charge des femmes enceintes séropositives, y compris le renforcement des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans neuf pays; la mise au point et l'expérimentation préalable de protocoles/outils d'évaluation des besoins en matière d'appui psychosocial aux femmes séropositives et à leur famille; la formation de 30 jeunes de six pays en matière de méthodologie de la recherche; et enfin, l'appui à six propositions de recherche élaborées à la suite de la formation. Les perspectives d'avenir concernant ce domaine d'activité porteront sur : la désignation et le renforcement de centres collaborateurs de l'OMS en santé génésique; l'effort de documentation des meilleures pratiques destinées à faire reculer la mortalité maternelle; et le renforcement de la capacité des Etats Membres à assurer des services de qualité en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le cadre des services de santé génésique.

106. Les principales réalisations dans le domaine d'activité *Pour une grossesse à moindre risque (MPS)* comprenaient : l'évaluation des disponibilités en soins obstétricaux d'urgence dans quatre pays; la formation aux techniques essentielles pour sauver la vie dans trois pays; l'amélioration des services obstétricaux grâce à la fourniture d'équipements et de matériels essentiels; le renforcement des systèmes d'orientation-recours dans les cinq pays visés par l'initiative; la révision des outils destinés à la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC); la contribution à l'Exposition africaine sur la santé axée sur la réduction de la mortalité maternelle; et la mise au point de l'instrument de plaidoyer "REDUCE" pour la mobilisation des ressources

en vue de la réduction de la mortalité maternelle. Le Dr Oluwole a signalé au Comité qu'il était prévu, dans le cadre de ce domaine d'activité, de renforcer la capacité des Etats Membres à dispenser des soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, de donner plus d'ampleur à l'élaboration et à l'utilisation de l'instrument de plaidoyer "REDUCE" en vue de la réduction de la mortalité maternelle et de développer la composante communautaire de l'initiative *Pour une grossesse à moindre risque* afin d'accélérer le recul de la mortalité maternelle.

107. Le Dr Oluwole a indiqué qu'au titre du domaine d'activité *Santé et développement de la femme*, les réalisations obtenues comprenaient : l'appui pour favoriser l'utilisation de l'outil d'évaluation et de planification en vue de l'établissement du profil sanitaire des femmes dans 15 pays; l'organisation de l'atelier mondial destiné à diffuser les matériels de formation sur la prévention et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines auprès des infirmières et des sages-femmes; la promotion de la recherche opérationnelle sur les conséquences sanitaires des pratiques traditionnelles néfastes et des mutilations sexuelles féminines (MSF) dans 10 pays; et la mise en place d'une base de données régionale informatisée dans ce domaine. Le Dr Oluwole a précisé qu'il est prévu, dans le cadre de ce domaine d'activité, de mettre au point une stratégie fondée sur des bases factuelles en matière de santé des femmes dans la Région africaine et d'adopter à cet effet une approche basée sur le cycle de vie. Elle a aussi insisté sur la poursuite du plaidoyer en faveur de l'égalité entre les sexes et du droit à la santé pour les femmes et les hommes conformément à la politique de la Santé pour tous dans la Région africaine.

108. Dans le débat qui a suivi, le Comité a noté avec préoccupation que les enfants et les adolescents ne retenaient pas suffisamment l'attention. Il a également souligné que toutes les formes d'abus contre les enfants, notamment le travail des enfants, l'exploitation sexuelle des enfants et les sévices physiques dont sont victimes des enfants, n'avaient pas été évoqués comme ils auraient dû l'être dans le rapport. Le Comité a demandé aux Etats Membres d'élaborer des politiques et une approche intégrée face à ce problème. S'agissant des enfants confrontés à des situations difficiles, les enfants des rues par exemple, l'accent doit être mis sur le risque du VIH/SIDA auxquels ils sont exposés.

109. La faible couverture des soins obstétricaux essentiels et d'urgence, notamment en milieu rural, a été déplorée de même que la faible utilisation des contraceptifs pour réduire la mortalité maternelle. Il a été demandé à l'OMS d'aider au renforcement des compétences dans ce domaine et à la fourniture des matériels nécessaires en matière de planification familiale.

110. Compte tenu des répercussions de l'éducation des femmes sur leur santé et celle de leurs enfants, les délégués ont demandé que l'OMS appuie l'organisation d'activités d'alphabétisation fonctionnelle à leur intention. Le rôle des hommes dans la promotion de la santé a été souligné tout en notant que les besoins des hommes sur le plan de la santé génésique avaient été négligés.

Milieus favorables à la santé et développement durable

111. Mme E. Anikpo-Ntame, Directeur de la Division Milieux favorables à la Santé et Développement durable, a présenté cette partie du rapport.

112. Elle a indiqué que sa division recouvrait quatre domaines d'activité : *Santé et développement durable*, *Santé et environnement*, *Salubrité des aliments*, et *Situations d'urgence et Action humanitaire*.

113. Mme Anikpo-Ntame a informé le Comité des réalisations effectuées dans le cadre du domaine d'activité *Santé et développement durable*, à savoir : l'élaboration d'un document d'information sur la pauvreté et la santé; l'organisation d'une consultation régionale sur la pauvreté; l'établissement de lignes directrices sur une planification fondée sur des scénarios; l'organisation de deux ateliers de renforcement des capacités sur le rôle de la santé, de la nutrition et de la population dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté; l'organisation d'un atelier de formation sur le développement sanitaire à long terme en faveur de cinq pays; l'appui fourni pour la réduction de la pauvreté grâce à des projets sanitaires dans huit pays; l'organisation des tables rondes au cours de la cinquante et unième session du Comité régional; l'élaboration d'une stratégie régionale de lutte contre la pauvreté; le soutien apporté aux activités de réduction de la pauvreté à assise communautaire en collaboration avec d'autres partenaires de développement; et le renforcement de la capacité des Etats Membres en matière de planification du développement sanitaire à long terme (LHD).

114. En ce qui concerne le domaine d'activité *Protection de l'environnement humain*, les réalisations ont été les suivantes : la publication de deux documents intitulés "Regional water supply and sanitation sector assessment 2000" et "Environmental Health Hazard Mapping"; la finalisation d'un autre document intitulé "Guidelines on Environmental Health Impact Assessment"; l'appui fourni aux pays pour leur permettre de mettre en oeuvre l'approche "Milieux favorables à la santé"; la mise en place de projets pilotes pour la médecine du travail dans le secteur informel; la promotion de l'approche Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement (PHAST); l'organisation d'une conférence sur la sécurité chimique. Mme Anikpo-Ntame a ajouté que l'élaboration d'une

stratégie régionale pour la santé et l'environnement, ainsi qu'un appui aux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques de salubrité de l'environnement, en partenariat avec d'autres institutions impliquées dans le développement, figuraient au nombre des actions planifiées pour le futur.

115. Au titre du domaine d'activité *Salubrité des aliments*, un appui a été apporté aux Etats Membres pour leur permettre d'évaluer l'impact des additifs alimentaires et de participer au Codex Alimentarius. Mme Anikpo-Ntame a informé le Comité que la Division collaborera avec les responsables nationaux pour améliorer la prise de conscience sur la salubrité des aliments et renforcer les capacités dans ce domaine; pour élaborer une approche visant à assurer la surveillance des maladies transmises par les aliments, et pour élaborer des modules de formation sur le conditionnement des aliments dans de bonnes conditions de sécurité, à l'intention des vendeurs d'aliments.

116. Mme Anikpo-Ntame a signalé qu'au nombre des réalisations du domaine d'activité *Situations d'urgence et action humanitaire*, figuraient : la formation des points focaux dans 43 pays dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours; l'appui fourni aux pays en vue de l'évaluation de leur vulnérabilité aux situations d'urgence; et l'élaboration d'un ensemble minimum de mesures pour faire face aux situations d'urgence. Ce domaine d'activité soutiendra les Etats Membres pour leur permettre de : mettre en place des services chargés des situations d'urgence et de l'action humanitaire là où ceux-ci n'existent pas; renforcer leurs capacités de réponse aux situations d'urgence; améliorer les échanges d'informations avec les partenaires et la coordination au niveau national en vue d'une procédure d'appel consolidée. Par ce domaine d'activité, le Secrétariat apportera également un appui aux pays pour la gestion des opérations transfrontalières en cas de situations d'urgence et renforcera le leadership des bureaux de l'OMS dans les pays en ce qui concerne les aspects sanitaires des situations d'urgence.

117. Lors du débat qui a suivi, des délégués ont rappelé que, depuis le Sommet mondial pour le Développement durable tenu en septembre 2002, les Etats Membres ont été encouragés à mettre en oeuvre la déclaration de Johannesburg ainsi que la composante santé du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

118. Le Comité a demandé à l'OMS de jouer un rôle de chef de file pour la définition d'une approche multisectorielle de la réduction de la pauvreté dans ses rapports avec la santé et pour la coordination de l'action des partenaires. Reconnaissant que l'agriculture est un moyen important de faire reculer la pauvreté, des délégués ont exprimé des préoccupations au sujet des subventions versées au secteur agricole par les pays

développés et qui entravent les efforts déployés par l'Afrique pour sortir de la pauvreté. Des délégués ont également recommandé que les Ministres de la Santé jouent un rôle de chefs de file dans le domaine de la salubrité des aliments et que l'OMS aide les pays à formuler un cadre réglementaire.

119. Dans le domaine d'activité *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours*, le Comité a préconisé une approche plus globale et plus structurée plutôt que des interventions isolées. Il a souligné la nécessité de renforcer la collaboration inter pays afin d'améliorer la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours.

Administration et finances

120. M. B. Chandra, Directeur de l'Administration et des Finances, a présenté cette section du rapport.

121. Il a informé le Comité que la Division couvrait quatre domaines d'activité : *Gestion et diffusion de l'information sanitaire; Développement des ressources humaines; Services des finances, et Services Informatique et Infrastructure.*

122. M. Chandra a indiqué qu'au titre du domaine d'activité *Gestion et diffusion de l'information sanitaire*, un appui a été apporté : au Bureau régional dans le domaine des services linguistiques et des publications; aux Etats Membres dans le domaine de la bibliothéconomie et dans la mise en place de centres d'information sanitaire et le renforcement des Bibliothèques bleues. Dans l'avenir, l'accent sera mis sur : l'amélioration des mécanismes de gestion et de diffusion; la production et la mise à disposition continue des documents statutaires prioritaires; l'utilisation accrue des médias électroniques pour améliorer l'accès aux publications ainsi que la diffusion de la littérature sanitaire; et l'amélioration de l'accès des Etats Membres à *l'Index Medicus* et aux Bibliothèques bleues.

123. En ce qui concerne le domaine d'activité *Développement des ressources humaines*, les réalisations ont notamment été les suivantes : la révision de la structure organisationnelle de l'unité chargée du développement des ressources humaines (HRS) pour mieux définir ses tâches et ses responsabilités; l'informatisation et l'automatisation des fonctions de l'unité; la rationalisation des pratiques et des procédures; et l'amélioration de la communication entre le Bureau régional et les bureaux de l'OMS dans les pays. M. Chandra a informé le Comité que des modules d'information pour les personnels nouvellement recrutés et des lignes directrices pour la création de nouveaux postes et le recrutement du personnel sont en cours d'élaboration. La mise au point d'une politique régionale de rotation et d'une stratégie de développement et de formation du personnel

est aussi sur le point d'être finalisée. Enfin, l'unité poursuit son programme de formation par l'organisation d'ateliers d'information pour le personnel technique et le personnel administratif des bureaux de l'OMS dans les pays.

124. M. Chandra a énuméré les réalisations du domaine d'activité *Service des finances* au nombre desquelles figuraient : l'envoi accéléré de fonds aux bureaux de l'OMS dans les pays et au personnel grâce à un système de paiement automatisé et aux opérations bancaires par voie électronique; la gestion efficace des comptes d'affectation temporaire des bureaux de pays; le renforcement des contrôles internes pour sauvegarder les avoirs financiers de l'Organisation; la surveillance des programmes pour assurer un taux de mise en oeuvre de 100 %; le renforcement de l'appui aux principaux programmes bénéficiant des fonds provenant d'autres sources, par exemple les programmes de lutte contre la poliomyélite et le paludisme; et la préparation à temps du Budget Programme 2002-2003. Il a informé le Comité qu'à l'avenir, ce domaine d'activité a prévu de renforcer davantage l'appui financier et budgétaire accordé aux divisions techniques et aux bureaux de l'OMS dans les pays et d'améliorer la surveillance des dépenses locales.

125. Au nombre des principales réalisations du domaine d'activité *Services Informatique et Infrastructure*, figuraient : l'amélioration de l'allocation des espaces réservés aux bureaux à Harare; le suivi de la réhabilitation des locaux du Bureau régional à Brazzaville et la coordination de la logistique pour le retour du Bureau régional dans cette ville; le succès des négociations visant à garantir des économies sur les contrats avec les lignes aériennes; l'amélioration de l'appui en matière de technologie de l'information au Bureau régional et aux bureaux de l'OMS dans les pays; la mise en place de réseaux de communication à Brazzaville; la livraison en temps opportun des fournitures et matériels commandés par les pays et les programmes régionaux et l'amélioration de la gestion des stocks. M. Chandra a indiqué qu'à l'avenir, ce domaine d'activité se proposait de : continuer à optimiser le rapport coût-efficacité des voyages et des charges d'entretien et de fonctionnement; d'assurer le fonctionnement optimal des réseaux et des installations de télécommunication du Bureau régional; et d'acheter les fournitures et matériels au meilleur prix possible.

126. Des délégués ont noté avec satisfaction que l'information et la communication avaient retenu l'attention voulue dans le rapport car il était, en effet, difficile d'atteindre par moments le Bureau régional.

127. Avant de donner la parole aux membres du Secrétariat pour apporter des éléments de réponses aux différentes interventions, le Président a fait observer que l'Afrique est confrontée à de nombreux problèmes. Il a souligné que, pour résoudre ces problèmes et atteindre les objectifs de développement du Millénaire, la Région africaine aura besoin de gros investissements.

128. Le Directeur régional s'est félicité des orientations constructives données par le Comité et a remercié le Président pour avoir si bien récapitulé les problèmes. Il a informé les délégués que la transition que connaît l'Ile Maurice, où les maladies transmissibles cèdent la place aux maladies non transmissibles, expliquait l'établissement dans ce pays d'un centre collaborateur de l'OMS. Il a assuré les délégués que toutes les observations pertinentes qu'ils avaient formulées seraient prises en compte dans le but d'améliorer le travail futur de l'Organisation.

129. Le Directeur général a informé le Comité que le Siège et les Bureaux régionaux de l'OMS se sont penchés sur la question de la médecine traditionnelle. Des données sur l'utilisation des médicaments traditionnels ont été collectées pour évaluer leur efficacité et rechercher des mécanismes permettant d'intégrer leurs aspects bénéfiques. La stratégie mondiale relative à la médecine traditionnelle sera débattue à la prochaine session du Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé.

130. Le Dr Brundtland a recommandé que le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé serve d'outil d'analyse et de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Ce rapport devra être largement distribué auprès des autres secteurs gouvernementaux et des partenaires de développement évoluant dans les pays pour mobiliser davantage de ressources en faveur de la santé.

131. Expliquant l'Initiative axée sur les pays, le Directeur général a fait remarquer que ladite initiative a pour objectif d'améliorer les capacités des bureaux de l'OMS dans les pays afin qu'ils répondent de manière satisfaisante aux besoins des Etats Membres.

132. Parlant de la fuite des cerveaux, le Dr Brundtland a informé le Comité que l'OMS est en train d'élaborer une stratégie fondée sur l'éthique en collaboration avec le Secrétariat du Commonwealth. A cet effet, des données sont collectées dans toutes les Régions de l'OMS. Il est prévu, d'ici la fin de l'année, la parution d'un document portant les résultats exhaustifs de l'analyse des données qui indiquerait, entre autres, les causes et l'étendue de la fuite des cerveaux. Des études de cas y seront incluses pour la mise au point d'interventions précises.

133. Le Directeur général a déclaré que l'incidence des maladies non transmissibles augmentait de par le monde et que l'OMS oeuvrerait avec les Etats Membres pour élaborer des politiques, stratégies et plans visant à résoudre ce problème. Elle a indiqué qu'il convenait d'intégrer la surveillance des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles.

134. Elle a informé le Comité que le Rapport sur la santé dans le monde 2002 privilégierait la promotion de la santé et la prévention et qu'il aurait pour thème "Les risques pour la santé".

135. S'agissant du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Directeur général a fait observer qu'il en est encore à ses débuts, ayant été mis en place il y a seulement dix-huit mois. Elle a indiqué qu'elle partageait les préoccupations des délégués et espérait que les décaissements pourraient commencer après la rencontre avec les représentants du Fonds prévue pour cette semaine.

136. Après un examen minutieux, section par section, du rapport biennal du Directeur régional, le Comité régional a adopté le rapport tel que contenu dans le document AFR/RC52/2, y compris les orientations données par le Comité régional.

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (documents AFR/RC52/4, AFR/RC52/5 et AFR/RC52/6)

137. Le Dr L. G. Sambo du Secrétariat a présenté ces documents relatifs aux points 7.1, 7.2. et 7.3 de l'ordre du jour. Il a invité le Comité à examiner ces documents et à donner des orientations sur : i) les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des diverses résolutions d'intérêt pour la Région africaine adoptées par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-neuvième session du Conseil exécutif; ii) les implications régionales des ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé; et iii) la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC52/4)

138. Le document présente les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-neuvième session du Conseil exécutif. Ces résolutions portent sur les points suivants :

- a) Renforcement de la santé mentale (EB109.R8)
- b) Qualité des soins : sécurité des patients (EB 109.R16)
- c) Relations avec les organisations non gouvernementales (EB109.R22)
- d) Santé et développement durable (WHA55.11)
- e) Contribution de l'OMS au suivi de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (WHA55.12)
- f) Assurer l'accès aux médicaments essentiels (WHA55.14)
- g) Présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale (WHA55.16)
- h) Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire (WHA55.19)
- i) Alimentation, exercice physique et santé (WHA55.23)
- j) La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHA55.25)

139. Pour chaque résolution, les paragraphes du dispositif sont suivis de l'exposé des mesures à prendre ou de l'information sur les mesures déjà prises.

140. Le Comité a été invité à examiner et à commenter les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des résolutions d'intérêt pour la Région africaine ainsi que des programmes régionaux de l'OMS.

141. S'agissant de la résolution sur la santé mentale (EB109.R8), le Comité a proposé qu'au lieu de citer des pays spécifiques, il conviendrait de faire plutôt mention des "pays se trouvant dans des situations d'urgence, y compris les pays frontaliers". En outre, l'OMS devrait désigner des points focaux dans les pays concernés. En ce qui concerne les futurs ateliers de formation, il a été proposé qu'ils soient organisés par groupes de pays (par exemple, groupement géographique ou linguistique).

142. S'agissant de la résolution Santé et développement durable (WHA55.11), il a été proposé que l'OMS appuie les pays, notamment ceux qui ont déjà formulé des stratégies et des programmes spécifiques sur les systèmes d'information sanitaire nationaux. Le

Comité a également proposé que l'OMS fournisse un appui aux pays pour la mise en oeuvre des documents de la stratégie pour la réduction de la pauvreté grâce à la participation d'autres partenaires. Il a recommandé que l'OMS aide les Etats Membres à organiser des activités de mobilisation des ressources pour des stratégies de développement à long terme.

143. S'agissant de la résolution sur la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire (WHA55.19), les délégués ont demandé une clarification en ce qui concerne les six pays où des jeunes ont été formés à la méthodologie de la recherche, et les quatre institutions de recherche qui ont reçu un appui de l'OMS. Ils ont été informés que les six pays dans lesquels des jeunes avaient été formés étaient : le Cameroun, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique et la Zambie, et que les quatre institutions de recherche se trouvaient au Kenya, au Nigéria, en Afrique du Sud et en Zambie.

144. En ce qui concerne la résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHA55.25), le Comité a exprimé ses préoccupations en ce qui concerne les options en matière d'allaitement maternel pour les mères séropositives et a suggéré que les expériences des pays qui sont en avance dans ce domaine soient partagées avec d'autres pays. En réponse, le Secrétariat a expliqué qu'en raison de la complexité de cette question et au vu des différentes opinions exprimées par des experts, il n'avait pas été possible de proposer des recommandations spécifiques. Les délégués ont alors prié instamment l'OMS d'accélérer le processus afin de fournir à la Région des orientations techniques claires et précises, qui tiendraient compte de l'alimentation complémentaire de l'enfant dans les situations d'urgence et de catastrophes naturelles comme la sécheresse et les inondations.

Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC52/5)

145. Le document contient les projets d'ordres du jour provisoires de la cent-onzième session du Conseil exécutif qui se tiendra en janvier 2003 et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé prévue pour mai 2003 ainsi que le projet d'ordre du jour du Comité régional qui aura lieu en septembre 2003.

146. Le Comité a été invité à noter la corrélation existant entre les travaux du Comité régional et ceux du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

147. Les points ci-après figurent à l'ordre du jour des trois Organes directeurs de l'OMS :

- a) Déclaration du Millénaire des Nations Unies
- b) VIH/SIDA
- c) Performance des systèmes de santé
- d) Violence et santé
- e) Recherche en santé

148. Le Comité a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquante-troisième session et à décider des questions qui devraient être recommandées à la cent-onzième session du Conseil exécutif et à la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

149. En ce qui concerne l'ordre du jour provisoire de la cent-onzième session du Conseil exécutif, le Comité a proposé d'ajouter au point 4.2 "le suivi de l'initiative Faire reculer le paludisme" et d'inclure un point distinct 4.11 sur la nutrition. S'agissant de l'ordre du jour proposé pour la cinquante-troisième session du Comité régional, les délégués ont proposé d'inclure parmi les questions à examiner :

- a) la primauté à accorder aux problèmes de l'enfant, notamment dans des circonstances difficiles;
- b) le VIH/SIDA et l'allaitement maternel;
- c) l'action humanitaire dans les situations d'urgence;
- d) la production de médicaments dans la Région;
- e) la table ronde sur les services de laboratoires de référence;
- f) le développement des ressources humaines;
- g) la migration internationale des personnels de santé;
- h) la définition du rôle des différents partenaires engagés dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA.

150. Les délégués ont proposé que ce point de l'ordre du jour soit élaboré, lors des futures réunions du Comité, après les discussions sur les documents techniques.

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC52/6)

151. Ce document a pour but de faciliter la participation des Etats Membres aux travaux de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

152. Le Comité régional a pris note de l'information contenue dans les trois documents qui lui ont été présentés.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC52/8)

153. Le Professeur Jeanne Diarra-Nama (Côte d'Ivoire), Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Elle a signalé que 11 des 12 membres du Sous-Comité ainsi que les membres du Conseil exécutif originaires de l'Erythrée, de l'Ethiopie et de la Guinée avaient pris part à la réunion du Sous-Comité du Programme qui s'est tenue à Harare du 1er au 4 octobre 2002. Le Vice-Président du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires était également présent.

154. Elle a informé le Comité que la réunion du Sous-Comité du Programme se tient normalement en juin, ce qui permet d'accorder suffisamment de temps au Secrétariat pour incorporer les commentaires et les suggestions du Sous-Comité dans les documents avant leur distribution au Comité régional. Cette année, la réunion du Sous-Comité est intervenue immédiatement avant celle du Comité régional pour les raisons déjà connues, de sorte que les commentaires ne seront reflétés que dans le rapport du Comité régional.

155. Le Professeur Diarra-Nama a déclaré que les membres du Sous-Comité s'étaient dit intimement convaincus que les divers documents techniques présentés par le Secrétariat étaient opportuns, pertinents et arrivaient à point nommé et que ces documents pourront apporter une contribution majeure à la santé des populations de la Région africaine s'ils sont mis en oeuvre de façon appropriée. Le Professeur Diarra-Nama a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité des documents.

Budget Programme de l'OMS 2004-2005 (document AFR/RC52/3)

156. Le Professeur Diarra-Nama a fait savoir au Comité régional que le Sous-Comité avait examiné deux projets de documents, à savoir : AFR/RC52/3 et PPB/2004-2005. Elle a expliqué que si le premier document intitulé "Budget Programme 2004-2004" constitue la contribution de la Région africaine au Budget Programme de l'OMS pour "une seule OMS", le deuxième est un document mondial qui présente la politique et le budget pour

“une seule OMS” ainsi que les orientations stratégiques pour 2004-2005 par domaine d’activité. Elle a souligné que ce Budget Programme était plus stratégique et accordait plus d’importance aux Etats Membres que les budgets précédents .

157. Le Président du Sous-Comité a ajouté que sur un budget ordinaire mondial de US \$855 654 000, la Région africaine se voyait attribuer 23 %, ce qui représente un pourcentage plus élevé que celui de toute autre Région de l’OMS.

158. Elle a indiqué que le Sous-Comité avait pris note de la décision du Directeur général de transférer US \$5 millions du budget ordinaire mondial, US \$24 millions du total des fonds prévus pour tous les domaines d’activité au niveau des pays, et US \$37,5 millions des fonds provenant d’autres sources pour renforcer le domaine d’activité *Présence de l’OMS dans les pays* des 191 Etats Membres. Au nom des membres du Sous-Comité, elle a prié le Comité régional d’approuver la décision du Directeur général de créer un nouveau domaine d’activité *Présence de l’OMS dans les pays* et d’y transférer les fonds.

159. Le Professeur Diarra-Nama a indiqué que le montant total des crédits alloués à la Région africaine s’élevait à US \$192,7 millions, dont 64 % (US \$123,3 millions) avaient été alloués aux Etats Membres. Les 36 % restants (US \$69,4 millions) seraient utilisés par le Bureau régional pour obtenir les résultats escomptés aux niveaux régional et interpays.

160. Environ 73 % du budget ordinaire ont été affectés aux priorités régionales. Les domaines d’activité *Présence de l’OMS dans les pays*, et *Organisation des services de santé* ont été choisis par tous les pays tandis que les domaines *Promotion de la santé*, *VIH/SIDA*, *Paludisme*, *Nutrition*, *Surveillance des maladies transmissibles* et *Santé et environnement* ont été choisis par plus de 80 % des pays.

161. Le Professeur Diarra-Nama a présenté la structure du document et les suggestions faites par le Sous-Comité pour l’améliorer.

162. Elle a informé les délégués que le Sous-Comité du Programme avait noté avec satisfaction la transparence et le respect des principes comptables qui ont prévalu dans l’utilisation des fonds alloués à la Région. C’est ce qui explique le rapport positif des vérificateurs sur l’utilisation des finances de la Région et l’accroissement des fonds provenant d’autres sources.

163. Le Professeur Diarra-Nama a recommandé au Comité régional d’adopter le document avec ses amendements, de même que le projet de résolution AFR/RC52/R1.

164. Le Comité régional a remercié le Directeur régional pour la qualité du document, indiquant que sa structure et son contenu étaient plus clairs que les années précédentes. Les délégués ont également félicité le Directeur régional pour l'augmentation des crédits au titre du budget ordinaire et des fonds provenant d'autres sources, ainsi que pour l'importance accrue qui a été accordée aux activités au niveau des pays. Ils ont exprimé l'espoir que cette augmentation puisse contribuer à renforcer les capacités nationales en matière de ressources humaines.

165. Le Comité a proposé d'identifier un indicateur de référence et de le mentionner dans le document afin de faciliter le suivi et l'évaluation du domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays*.

166. En ce qui concerne le domaine *Présence de l'OMS dans les pays*, le Secrétariat a souligné le fait que la création de ce domaine visait à renforcer les capacités techniques des bureaux de l'OMS dans les pays afin de répondre convenablement aux besoins des Etats Membres. Il a expliqué en outre que, comme indiqué dans le document AFR/RC52/3, ce domaine d'activité couvre les dépenses de personnel et les autres dépenses de fonctionnement des bureaux de l'OMS dans les pays, lesquelles ne doivent pas normalement dépasser 40 % de l'allocation budgétaire totale accordée aux pays.

167. Le Secrétariat a rappelé au Comité que ce domaine d'activité avait été choisi après des négociations entre les équipes de l'OMS dans les pays et les autorités nationales.

168. Pour conclure, le Président a rappelé aux délégués que le budget de l'OMS alloué aux pays devait être considéré comme un complément des budgets nationaux et des ressources provenant des autres partenaires.

169. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC52/3 et la résolution AFR/RC52/R1.

Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9)

170. Le Professeur Diarra-Nama, Président du Sous-Comité du Programme, a informé le Comité que le but de ce document était d'accélérer la mise en oeuvre des activités du Programme élargi de Vaccination (PEV) dans la Région africaine afin d'améliorer la santé des enfants.

171. Elle a présenté la structure du document et les suggestions faites par le Sous-Comité pour l'améliorer.

172. Elle a indiqué que les principales interventions pouvant permettre d'accélérer les activités de vaccination étaient les suivantes : renforcement de l'engagement politique; activités soutenues de promotion et de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale; développement des processus de planification aux niveaux national, intermédiaire et du district; mise en place de mécanismes de coordination pour les partenaires du PEV; et renforcement des capacités et formation au niveau national.

173. Le Professeur Diarra-Nama a relevé que les principales interventions proposées dans la stratégie étaient les suivantes : renforcement du système de vaccination; accélération de la lutte contre la maladie; introduction de nouveaux vaccins et de technologies nouvelles; formulation et mise en oeuvre des politiques; renforcement du processus de surveillance et des services d'appui en matière de laboratoire.

174. Elle a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC52/9 avec ses amendements, ainsi que le projet de résolution AFR/RC52/R2.

175. Le Comité a invité l'OMS à apporter un appui supplémentaire aux pays qui accueillent des réfugiés et des populations déplacées pour leur permettre de mener des activités de vaccination de routine, y compris contre la méningite. Il a également recommandé l'organisation d'activités de vaccination transfrontalières pour les pays déchirés par les conflits.

176. Le Comité a noté avec inquiétude le faible taux de couverture vaccinale, qui tient à la pénurie des vaccins dans certains pays et à la faiblesse des programmes de vaccination de routine.

177. Le Comité a proposé d'insérer un nouveau paragraphe entre les paragraphes 3 et 4 de l'introduction au document, afin de refléter la décision concernant la vaccination qui avait été prise par les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine, lors de la Conférence sur la Vaccination qui s'était tenue à Durban en juin 2002.

178. Les délégués ont mis en exergue certains facteurs importants qui pourraient permettre de mener à bien les programmes de vaccination, à savoir : la mise à disposition à temps et l'accès à des vaccins de bonne qualité; la disponibilité de laboratoires de référence fonctionnels; l'appui à l'introduction de nouveaux vaccins; le renforcement des capacités; et le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources.

179. Le Comité a proposé d'ajouter dans le document AFR/RC52/9 deux alinéas au paragraphe 25, à savoir :

- c) Renforcement de la supervision
- d) Systématisation de la rétroinformation.

180. Le Comité a invité l'OMS à : accélérer les activités de plaidoyer afin de revoir les critères d'éligibilité pour les pays actuellement exclus de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI); prendre les dispositions nécessaires pour s'attaquer aux épidémies de méningite; négocier avec la Région OMS de la Méditerranée orientale pour assurer la synchronisation des activités de vaccination dans les pays africains faisant partie de cette Région; identifier des sources d'approvisionnement fiables de vaccins en vue de leur acquisition par les pays; faciliter l'établissement de partenariats solides pour la production des vaccins dans la Région; apporter un appui pour la formation des nationaux; fournir les équipements nécessaires pour la maintenance de la chaîne du froid; et financer des recherches pour assurer la viabilité des programmes de vaccination.

181. Le Directeur régional a remercié le Comité pour ces observations et recommandations fort utiles et a assuré les délégués que celles-ci seraient fidèlement incorporées dans le rapport final et mises en application.

182. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC52/R2.

Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10)

183. Le Dr Tesfa Sellasie, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué que cette stratégie avait pour objectif d'influer sur les conditions environnementales afin d'avoir un impact positif sur les déterminants de la santé.

184. Il a présenté la structure du document ainsi que les suggestions faites par le Sous-Comité pour l'améliorer.

185. Le Dr Tesfa Sellasie a informé les délégués que, dans le cadre des efforts déployés pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé, qui sont nombreux et complexes, le Sous-Comité a proposé que le secteur de la santé mette en oeuvre des interventions prioritaires telles que la coordination de l'utilisation des ressources dans l'intérêt des populations de la Région, en particulier les plus pauvres et les plus démunies; l'identification des connaissances autochtones en vue de leur application;

l'utilisation des approches et principes directeurs qui ont fait leurs preuves; l'intégration de la santé et de l'environnement dans les programmes scolaires; l'appui à la recherche portant sur les interventions ayant un bon rapport coût/efficacité; les échanges d'expériences et de savoir-faire.

186. Il a invité le Comité régional à approuver le document AFR/RC52/10 avec ses amendements et le projet de résolution AFR/RC52/R3.

187. Le Comité a félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour avoir préparé un document complet, pertinent et de qualité.

188. Le Comité a énuméré plusieurs défis auxquels l'Afrique est confrontée en matière de santé et d'environnement, notamment : la fourniture d'une eau potable et la prestation de services d'assainissement, particulièrement aux groupes vulnérables; la gestion des déchets dans les zones urbaines et péri-urbaines, y compris dans les centres de santé; la protection des agents de santé contre les substances et matériaux dangereux, y compris l'exposition aux substances radioactives; l'impact des changements climatiques sur la santé; le financement des activités en matière de santé et d'environnement; le défi lié à la limitation des capacités humaines, matérielles et institutionnelles dans le domaine de la santé et de l'environnement; et enfin, l'élaboration d'approches multisectorielles et multidisciplinaires dans le domaine de la gestion de la santé en rapport avec l'environnement.

189. Le Comité a proposé que le document énumère les interventions par ordre de priorité; et que les cibles soient harmonisées avec celles qui ont été adoptées au Sommet mondial pour le Développement durable, tout en précisant leur horizon de réalisation.

190. Le Comité a demandé l'appui de l'OMS dans les domaines suivants : le renforcement de la capacité des Etats Membres à prévenir ou prendre en charge les risques industriels susceptibles de nuire à la santé, y compris ceux liés à l'exploitation minière; la dotation des institutions de formation de documents pertinents, mis à jour, sur la santé et l'environnement; le plaidoyer en faveur d'une prise de conscience accrue des rapports entre la santé et l'environnement; la promotion de la recherche sur l'impact des catastrophes écologiques sur la santé, et l'exploitation des résultats pour concevoir des interventions appropriées; le plaidoyer en faveur de l'application de normes mondiales en matière d'environnement; l'établissement d'une cartographie des risques auxquels l'environnement expose la santé au niveau de l'ensemble de la Région; enfin, l'élaboration d'une stratégie de préparation et de riposte par rapport aux conséquences

des catastrophes naturelles sur la santé (par exemple, les inondations, la sécheresse, les éruptions volcaniques). L'OMS devrait également plaider pour la mobilisation de ressources supplémentaires pour la mise en oeuvre de cette stratégie.

191. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC52/10 et la résolution AFR/RC52/R3.

Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC52/11)

192. Le Dr Tesfa Sellasie, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué que ce document a pour objectif de montrer comment le secteur de la santé peut contribuer à réduire la pauvreté et favoriser la croissance économique grâce à une amélioration de l'état de santé des populations de la Région.

193. Il a présenté la structure du document ainsi que les suggestions faites par le Sous-Comité pour l'améliorer.

194. Le Dr Tesfa Sellasie a porté à la connaissance du Comité les deux options stratégiques principales proposées par le document, à savoir : l'amélioration de l'accès des communautés aux services de santé et le renforcement des services publics de promotion de la santé tels que l'hygiène, l'éducation, la nutrition, la vaccination, la salubrité des aliments, l'eau et l'assainissement.

195. Il a indiqué que la stratégie propose des interventions prioritaires au nombre desquelles : la production de bases factuelles pertinentes en vue de soutenir les activités de plaidoyer dans les secteurs autres que la santé; la mise en place d'un mécanisme transparent d'allocation des ressources dans le secteur public en vue de la réalisation des objectifs liés à la réduction de la pauvreté; l'extension de la couverture des services sanitaires essentiels aux zones mal desservies; le renforcement des programmes de vaccination contre les maladies de l'enfance; le renforcement des services de santé et environnement et des initiatives de promotion de la santé; et l'amélioration des interventions de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

196. Le Dr Tesfa Sellasie a invité le Comité régional à examiner et approuver le document AFR/RC52/11 avec ses amendements et le projet de résolution AFR/RC52/R4.

197. Le Comité a félicité le Directeur régional pour avoir préparé un document complet, pertinent et de qualité.

198. Le Comité a souligné l'importance des conflits et des troubles socio-politiques qui exacerbent la pauvreté et entravent les efforts déployés pour la réduire.

199. Les délégués ont fait les propositions suivantes pour améliorer le document : la multi-causalité de la pauvreté devrait être mieux reflétée; au paragraphe 8, 2^{ème} ligne, ajouter "et péri-urbain" après "urbain"; au paragraphe 15 a), 4^{ème} ligne, ajouter "finance et planification," au lieu de "etc."; au paragraphe 15 c), 1^{ère} ligne, les groupes vulnérables devraient être précisés, par exemple, personnes handicapées, femmes et enfants; au paragraphe 19, ajouter un sous-paragraphe h) sur les enfants et les jeunes; au paragraphe 19 b), 2^{ème} ligne, ajouter "sanitaires" avant "interventions"; au paragraphe 23 a), ajouter "ainsi que pour la mise en oeuvre" à la fin de la phrase; et au paragraphe 25 c) le document devra clairement indiquer les dispositions à prendre pour atteindre l'objectif proposé.

200. Le Comité a également suggéré d'inclure dans le document les décisions pertinentes des réunions mondiales telles que celles de Doha et de Monterey ainsi que les questions relatives aux subventions accordées par les gouvernements membres de l'OCDE à leurs secteurs agricoles, qui restreignent l'accès des pays moins avancés aux marchés internationaux de matières premières. Le Comité a, en outre, indiqué que le document devrait examiner les mécanismes permettant d'affecter des ressources tirées de l'allègement de la dette à des interventions sanitaires dans le secteur social.

201. Le Comité a demandé à l'OMS d'aider les Etats Membres à : évaluer les principaux déterminants de la pauvreté afin de mettre au point des interventions appropriées; élaborer et mettre en oeuvre la composante santé des stratégies de réduction de la pauvreté; instaurer et promouvoir dans la population une culture de la prévention; mettre au point des outils de suivi et d'évaluation et désigner des points focaux pour suivre les initiatives de réduction de la pauvreté; acquérir du matériel et des articles de planification familiale dans le cadre des stratégies de lutte contre la pauvreté; et enfin, établir des lignes directrices pour mettre en place des programmes sociaux d'assurance-maladie au niveau national. Le Comité a également invité l'OMS à revoir les cibles et les indicateurs compte tenu des objectifs de la Déclaration du Millénaire et des recommandations formulées tout récemment par le Sommet mondial pour le Développement durable tenu à Johannesburg en août 2002.

202. Le Comité régional a adopté le document avec ses amendements, ainsi que la résolution AFR/RC52/R4.

Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12)

203. Le Dr André Enzanza, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué au Comité régional que ce document a pour objet de décrire le rôle d'administration générale du gouvernement dans la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé.

204. Il a présenté la structure du document.

205. Il a expliqué que l'administration générale se définit comme "la prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de la population". Il a souligné que les conditions suivantes doivent être remplies pour permettre aux gouvernements de jouer leur rôle d'administration générale de manière efficace : la paix et la sécurité; la continuité des politiques de santé ainsi que la stabilité du personnel et des structures des Ministères de la Santé; la coordination de l'action des partenaires dans la mise en oeuvre des politiques et des plans de santé; la participation de la société civile à la conception et à la mise en oeuvre des programmes publics; la prise de décisions fondée sur des données factuelles; la transparence et l'obligation de rendre des comptes; et la collaboration intersectorielle.

206. Il a informé le Comité que le Sous-Comité du Programme avait fait des suggestions en vue d'améliorer le document et a invité le Comité à l'approuver avec ses amendements et à prendre note de sa teneur.

207. Le Comité régional a relevé que le document offrait un cadre concis pour améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement afin de s'attaquer à d'importantes questions comme les ressources humaines pour la santé, la pauvreté ainsi que la santé et l'environnement. Le document présente de façon à la fois claire et simple un sujet très complexe.

208. Les délégués ont reconnu que la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé était une manifestation de la volonté politique des gouvernements et de leur détermination à entreprendre des changements fondamentaux.

209. Le Comité a instamment invité les Etats Membres à alléger les longues procédures bureaucratiques centralisées, qui ont pour effet d'accroître les coûts administratifs aux dépens de la mise en oeuvre des programmes.

210. Les délégués ont souligné que la décentralisation était un élément important des réformes du secteur de la santé dont la mise en oeuvre concrète exige une délégation de pouvoir pour la prise des décisions, notamment en ce qui concerne l'utilisation des ressources. S'agissant de la décentralisation des services de santé, des délégués ont noté une amélioration sensible de la fourniture de soins et de médicaments de qualité abordables au niveau du district. De plus, ils ont constaté une amélioration de la collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour la prestation des services de santé. Aussi, le Comité régional a-t-il demandé à l'OMS de renforcer son appui technique aux pays pour la mise en oeuvre du processus de décentralisation.

211. Les délégués se sont dit convaincus que les réformes du secteur de la santé aideraient les pays à restructurer leurs services de santé. Ils ont insisté sur la nécessité d'assurer un accès équitable à des services de santé de qualité. Le Comité a invité le Bureau régional à fournir un appui technique aux pays pour qu'ils élaborent des normes et des critères applicables aux services de santé.

212. S'agissant du rôle d'administration générale du gouvernement, le Comité s'est félicité des informations communiquées à ce sujet. Il a déploré la fragmentation des interventions sanitaires à cause de l'absence de coordination des activités des partenaires du développement sanitaire. Les délégués ont estimé que les Ministres de la Santé devaient jouer un rôle de chef de file dans le processus de réforme du secteur de la santé en formulant une vision, des politiques, des stratégies et des plans appropriés et en assurant un développement des capacités humaines et institutionnelles.

213. Le Comité a noté que, faute d'un mécanisme de financement viable, les réformes du secteur de la santé ne sauraient atteindre leurs objectifs. Des délégués ont fait état de succès obtenus dans l'application de réformes du financement des soins, par exemple la mise en place de systèmes volontaires d'assurance-maladie (mutuelles de santé), qu'il faudrait documenter et faire connaître. L'OMS a été invitée à examiner en détail la possibilité de mettre sur pied des systèmes de sécurité sociale à caractère universel dans les pays et à y apporter l'appui nécessaire.

214. Le Comité a proposé d'insérer dans le document, un nouveau sous-paragraphe 36 h) où il serait précisé qu'un financement viable des soins de santé était une condition nécessaire à l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

215. Le Comité a également estimé qu'il faudrait inscrire les indicateurs et les mécanismes de suivi dans le cadre de travail relatif à l'administration générale pour permettre aux pays d'évaluer les progrès accomplis par le gouvernement dans la mise en oeuvre de cette fonction du système de santé.

216. Le Comité régional a pris note de l'orientation donnée par le document.

Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13)

217. Le Dr André Enzanza, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué que ce document a pour but de donner des orientations aux Etats Membres sur des actions prioritaires susceptibles d'entraîner de réels changements positifs sur le développement et la répartition des ressources humaines en vue d'améliorer la prestation de services de santé de base.

218. Il a fait remarquer que l'élaboration du document répond aux préoccupations soulevées par les Etats Membres pendant la cinquante et unième session du Comité régional. Il s'est dit convaincu que la décision prise en juin dernier par les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine sur le "Développement des ressources humaines pour la santé en Afrique : Enjeux et possibilités d'action" permettra d'accélérer la mise en oeuvre de cette stratégie.

219. Le Dr Enzanza a présenté la structure du document ainsi que les suggestions faites par le Sous-Comité pour l'améliorer.

220. Il a informé le Comité que l'accélération du processus de mise en oeuvre de la Stratégie régionale de développement des ressources humaines exigeait que les Etats Membres accordent une haute priorité à cette question. Ils devront à cet effet mobiliser et y allouer davantage de ressources financières, valoriser les agents de santé en reconnaissant leur valeur professionnelle, mettre un accent plus marqué sur les questions liées à la gestion des ressources humaines pour la santé, à travers la formulation de politiques de l'emploi, l'élaboration de profils de carrière souples, la promotion de mesures de motivation et de rétention du personnel ainsi que l'adoption d'une législation appropriée.

221. Il a invité le Comité à examiner et adopter le document avec ses amendements ainsi que le projet de résolution AFR/RC52/R5.

222. Avant l'ouverture des débats sur le document, Mme Ndioro Ndiaye, de l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM), a fait un exposé soulignant la gravité de l'exode des cerveaux en Afrique. Elle a également donné des informations sur les programmes menés par l'OIM pour faciliter l'utilisation des compétences techniques des Africains de la diaspora. Elle a indiqué que son organisation appuie les Etats Membres et aide leurs professionnels qui choisissent de retourner dans leur pays.

223. Le Comité régional a félicité le Directeur régional et son personnel pour avoir élaboré un document complet et pertinent sur le développement des ressources humaines pour la santé.

224. Les délégués ont exprimé leur satisfaction à propos du nombre de bourses d'études accordées par l'OMS à leur pays. Ils ont cependant proposé qu'une analyse soit menée sur l'attitude des boursiers qui, une fois leurs études terminées, ne veulent pas retourner dans leur pays en raison du montant élevé des bourses de l'OMS par rapport à leur salaire de fonctionnaire.

225. Le Comité s'est inquiété du fait que l'exode des cerveaux avait suscité de multiples débats sans pour autant donner lieu à des réalisations concrètes. Il a donc proposé les actions ci-après pour tenter de ralentir l'exode des personnels médicaux et sanitaires, qui a atteint un niveau critique dans la Région :

- a) la création d'une base de données sur les personnels de santé formés dans les pays de la Région africaine mais qui travaillent actuellement à l'étranger;
- b) la signature d'accords intergouvernementaux pour la formation des personnels de soins de santé dans la Région;
- c) la mise en place d'un code de bonnes pratiques pour le recrutement des agents de santé;
- d) la mise en place d'un système d'indemnisation des pays pour compenser les coûts liés à la formation des professionnels recrutés;
- e) la commande par l'OMS de travaux de recherche sur la migration des agents de santé dans la Région et la présentation des résultats à la prochaine session du Comité régional;

- f) la mise en place d'un ensemble d'incitations financières pour encourager les professionnels africains de la santé formés à l'étranger à retourner dans leur pays : acquisition de terres appartenant à l'Etat, organisation d'un système de prêts au logement, de prêts pour l'achat de véhicules et d'achats hors-taxes, etc.;
- g) la création d'un fonds régional pour aider les Etats Membres à mettre en place des systèmes d'incitations financières visant à retenir les personnels de santé;
- h) la définition d'indicateurs pertinents pour surveiller les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale et la soumission d'un rapport sur les progrès accomplis à la prochaine session du Comité régional.

226. Tout en reconnaissant les efforts déployés par l'OMS pour assurer la formation des professionnels de la santé dans des établissements africains de formation, les délégués ont instamment prié le Bureau régional d'encourager les Etats Membres à recourir davantage à cet effet aux établissements de formation situés dans la Région africaine.

227. Compte tenu de l'importance de l'exode des cerveaux dans la Région et de l'expérience acquise par l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM), le Comité a proposé que l'OMS collabore avec cette organisation pour trouver une solution concrète à ce problème.

228. Le Comité s'est dit préoccupé de la pénurie de spécialistes, essentiellement en médecine interne, alors que la demande de soins spécialisés ne fait que croître, comme le prouve le nombre de malades qui vont se faire soigner ailleurs qu'en Afrique.

229. Les délégués ont cependant souligné que la mise en oeuvre de ces recommandations ne devrait pas porter atteinte aux droits humains fondamentaux des personnels de santé.

230. Le Comité régional a adopté le document avec ses amendements ainsi que la résolution AFR/RC52/R5.

TABLES RONDES (documents AFR/RC52/RT/1, AFR/RC52/RT/2 Rév.1 et AFR/RC52/RT/3)

Rapports des Tables rondes (document AFR/RC52/14)

231. Les Tables rondes se sont déroulées parallèlement aux travaux du Comité régional sur les thèmes suivants :

-
- a) **Table ronde No 1** : L'action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA (document AFR/RC52/RT/1);
 - b) **Table ronde No 2** : Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque (document AFR/RC52/RT/2.Rev.1);
 - c) **Table ronde No 3** : Financement de la santé (document AFR/RC52/RT/3).

232. Les Présidents des Tables rondes ont présenté leurs rapports respectifs de la manière suivante :

- Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-Etre de l'Enfant du Zimbabwe, sur la Table ronde No1;
- Dr (Mme) Amina Ndalolo, Ministre de la Santé du Nigéria, sur la Table ronde No 2;
- M. Sahanaye Maïna Touka, Ministre de la Santé du Tchad, sur la Table ronde No 3.

Les rapports des Tables rondes sont joints sous forme d' Annexes 4a, 4b et 4c.

233. Le Comité régional a exprimé son appréciation pour l'excellente qualité des discussions et a pris bonne note des recommandations des Tables rondes.

CHOIX DES SUJETS DES TABLES RONDES DE 2003 (document AFR/RC52/15)

234. Le Dr Doyin Oluwole du Secrétariat a présenté le document, qui propose deux principaux thèmes pour les Tables rondes de la cinquante-troisième session du Comité régional.

235. Après discussions, les thèmes suivants ont été retenus par le Comité :

- Table ronde No 1 : Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité.
- Table ronde No 2 : Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

**DESIGNATION DES PRESIDENTS ET DES PRESIDENTS SUPPLEANTS
DES TABLES RONDES DE 2003 (document AFR/RC52/16)**

236. Le Comité a nommé les Présidents et Présidents suppléants ci-après pour les Tables rondes de 2003 :

Table ronde No 1

Président : Côte d'Ivoire
Président suppléant : Erythrée

Table ronde No 2

Président : Mozambique
Président suppléant : Ghana

**DATES ET LIEUX DE LA CINQUANTE-TROISIEME ET DE LA CINQUANTE-
QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/17)**

237. M. B. Chandra du Secrétariat a présenté le document.

238. M. Urbain Olanguena Awono, Président, a informé les délégués que le Bureau régional n'avait reçu qu'une seule invitation, celle de l'Afrique du Sud, qui a offert d'accueillir la cinquante-troisième session du Comité régional. Il a invité le Directeur régional à expliquer les conditions qu'un Etat Membre qui se propose d'accueillir la réunion doit remplir.

239. Le Dr Samba a expliqué que, conformément au règlement, tout Etat Membre peut se proposer pour accueillir la réunion du Comité régional. Il a toutefois signalé que l'organisation d'une session du Comité ailleurs qu'au Bureau régional coûtait très cher. Il a en outre expliqué que le pays hôte devait signer un accord avec l'Organisation. Il a demandé que les délégués, avant de décider du pays qui accueillera la réunion, s'assurent que celui-ci remplit les conditions suivantes :

- disponibilité des locaux, mobiliers et équipement adéquats (y compris le matériel d'interprétation);
- installations adéquates d'éclairage et de ventilation;

-
- disponibilité d'un personnel de maintenance et de nettoyage adéquat et d'autres personnels d'appui;
 - prestation de services postaux et téléphoniques;
 - prise en charge des frais de logement et de voyage du Secrétariat;
 - affrètement d'un avion pour transporter les membres du Secrétariat, soit environ 70 personnes, y compris les secrétaires, qui doivent souvent travailler tard dans la nuit;
 - disponibilité de véhicules dans la ville où se tient la réunion pour le transport des Ministres, du Secrétariat, du matériel, des fournitures et des documents;
 - devise nationale au meilleur taux de change.

240. Le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-troisième session en Afrique du Sud du 1^{er} au 5 septembre 2003. Le lieu de la cinquante-quatrième session en 2004 sera déterminé à la cinquante-troisième session.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/19)

241. Le rapport de la cinquante-deuxième session du Comité régional a été adopté avec des amendements mineurs (document AFR/RC52/19).

CLOTURE DE LA CINQUANTE-DEUXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

242. Dans ses remarques de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a témoigné sa gratitude à Son Excellence le Président de la République du Zimbabwe pour avoir accepté d'accueillir le Comité régional à Harare, bien que le changement de lieu de cette réunion lui ait été notifié très tardivement.

243. Il a exprimé sa reconnaissance aux délégués pour leur remarquable appui et pour leurs contributions qui aideront à améliorer la qualité du travail du Secrétariat. Il a ensuite remercié le Président du Comité régional pour l'excellente maîtrise avec laquelle

il a conduit les travaux. Il a également exprimé ses remerciements au Ministre de la Santé du Zimbabwe pour avoir permis aux délégués de visiter la ville de Harare et d'avoir ainsi l'occasion d'apprécier la beauté de cette ville et la sécurité qui y règne.

244. Le Dr Samba a tenu à remercier tout le personnel de l'Hôtel qui a abrité les travaux de la cinquante-deuxième session du Comité régional pour la qualité de leurs prestations, en faisant remarquer qu'il n'a reçu aucune plainte, ni des Ministres de la Santé, ni des autres participants à la session.

245. Il a noté avec satisfaction et fierté la qualité du rapport de cette session qui a été positivement apprécié par les Ministres de la Santé. Il a donc adressé ses félicitations aux rapporteurs pour leur dévouement et a exprimé sa satisfaction à tout le personnel de l'OMS pour le travail réalisé. Il a enfin félicité les Représentants de l'OMS en soulignant que tous les Ministres de la Santé saluaient leur participation au Comité régional et appréciaient le travail remarquable qu'ils accomplissent dans les pays ainsi que leur soutien efficace aux ministères de la santé.

246. Pour terminer, le Dr Samba a exprimé ses remerciements aux Ministres de la Santé pour les orientations qu'ils ont bien voulu donner en vue de la bonne conduite des travaux. Il leur a promis que le Secrétariat ferait mieux au prochain Comité régional en Afrique du Sud.

Motion de remerciements

247. La motion de remerciements au Président, au Gouvernement et au peuple zimbabwéens (pour avoir accueilli le Comité régional malgré les brefs délais dont ils disposaient), a été présentée au nom des délégués par le Dr Theodomira de Nobreza Libombo, Vice-Ministre de la Santé du Mozambique, et adoptée par le Comité régional.

Allocution du Président et clôture de la session

248. Le Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional, M. Urbain Olanguena Awono, a exprimé sa reconnaissance aux représentants des Etats Membres et au Bureau régional de l'OMS pour la grande confiance et l'honneur qui ont été faits au Cameroun en lui confiant la présidence de cette importante réunion et la conduite des activités du Comité régional pour les douze prochains mois.

249. Il a ensuite témoigné la gratitude du Comité régional à Son Excellence le Président Robert Mugabe et à son Gouvernement, pour avoir permis la tenue de cette réunion annuelle dans des conditions excellentes à Harare. Il a enfin remercié le Ministre de la Santé du Zimbabwe pour sa contribution personnelle au succès de la session.

250. Il a adressé ses félicitations au Dr Samba et a reconnu en lui un grand fils de l'Afrique. Il a précisé que ses collègues Ministres et lui-même sont profondément convaincus que, grâce au bon travail accompli et aux réalisations enregistrées par le Bureau régional sous la conduite du Dr Samba, l'Afrique dispose maintenant d'approches claires et de stratégies appropriées pour faire face aux nombreux défis que connaît la Région et pour améliorer les conditions de santé des peuples du continent. Il a étendu ses félicitations à l'équipe solide que le Dr Samba a bâtie et dont le travail a réellement impressionné les Ministres. Il a encouragé cette équipe à continuer de travailler avec ardeur et compétence.

251. Le Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional a ensuite félicité les Ministres de la Santé pour le travail excellent, productif et impressionnant qu'ils ont accompli et dont la qualité a été saluée par le Directeur général de l'OMS. Il les a également complimentés pour leur précieuse contribution aux rapports préparés par le Secrétariat sur toutes les questions inscrites à l'ordre du jour, y compris sur les tables rondes, le NEPAD et le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il a noté la ferme détermination des Ministres à tout mettre en oeuvre pour améliorer la situation sanitaire dans la Région et les a invités à persévérer dans cette voie, en mettant en oeuvre les stratégies adoptées, afin d'améliorer constamment les bilans annuels dans tous les pays de la Région.

252. Il a proposé que les questions relatives à l'accès au Fonds mondial, à la fuite des cerveaux et aux stratégies africaines pour atteindre les objectifs du millénaire soient inscrites à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé et discutées en séance plénière.

253. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-deuxième session du Comité régional.

PARTIE III
ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRESENTANTS DES ETATS
MEMBRES

Dr. Elias Finde
Director Provincial da Saúde do Huambo

ALGERIE

M. Ali Chaouche
Directeur d'Etudes, Ministère de la Santé,
de la Population et de la Réforme
hospitalière
Chef de Délégation

M. Rachid Bouakaz
Conseiller du Ministre de la Santé,
de la Population et de la Réforme
hospitalière

M. M. C. Kourta
Conseiller à l'Ambassade d'Algérie
au Zimbabwe

ANGOLA

Dr. José Vieira Dias Van-Dunem
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Augusto Rosa M. Neto
Director do Gabinete de Cooperação
Internacional

Dra. Adelaide F. dos Santos F. de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública

Dra. Maria José de Sousa G. Alfredo
Directora do Gabinete do Vice-Ministro
da Saúde

Dr. Carlos Alberto Massela
Director Provincial da Saúde do Moxico

BENIN

Dr (Mme) Y. C. Seignon Kandissounon
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Pascal Dossou-Togbe
Secrétaire général du Ministère de
la Santé publique

Dr Dorothée Yevide
Directrice nationale de la Protection
sanitaire

Dr Yessoufou Tchabi
Cardiologue au CNHU-Hubert Maga
de Cotonou

BOTSWANA

Hon. Johannah-Joy Phumaphi
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Themba L. Moeti
Deputy Director of Health Services

Dr L. Mazhani
Senior Consultant-Paediatrics

BURKINA FASO

Dr Arlette Sanou/Ira
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Chef de Délégation

Dr Sosthène Zombre
Directeur général de la Santé publique

Dr Joseph-André Tiendrebeogo
Secrétaire permanent du Conseil national
de Lutte contre le SIDA

Dr Boniface Issa Ouedraogo
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé

BURUNDI

Dr Jean Kamana
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Louis Mboneko
Inspecteur général de la Santé publique

CAMEROUN

M. U. Olanguena Awono
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général de la Santé

Dr Basile Kollo
Directeur de la Santé communautaire

Dr Sinata Koulla
Vice-Président du Comité national de Lutte
contre le SIDA

Mme C. Ndim
Chef de Division a.i. de la Coopération

CAP-VERT

Dr. Dario L. Dantas dos Reis
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dra. Maria do Rosário Rodrigues
Médica Infeciologista
Hospital Dr. Baptista de Sousa

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr Joseph Kalite
Ministre de la Santé publique et
de la Population
Chef de Délégation

Dr Gilbert Nzil' Koué-Dimanche
Chargé de Mission au Ministère de la Santé
publique et de la Population

TCHAD

M. Sahanaye Maïna Touka
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Prof. Mouanodji Mbaissouroum
Point focal des Maladies cardiovasculaires
du Ministère de la Santé publique

Dr Hamid Djabar
Coordonnateur du Programme national
contre le SIDA

Mr Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Planification et de la
Formation
Ministère de la Santé publique

COMORES

Dr Ahamada Msa Mliva
Directeur national de la Santé
Chef de Délégation

REPUBLIQUE DU CONGO

Dr Alain Moka
Ministre de la Santé et de la Population
Chef de Délégation

M. Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé

M. André Enzanza
Conseiller à la Santé du Ministre de la Santé
et de la Population

M. Paul-Hervey Kengouya
Conseiller administratif et juridique
du Ministre de la Santé et de la Population

M. Rock Wilfrid Mokolinguinia
Attaché à la Coopération près du Cabinet
du Ministre de la Santé et de la Population

COTE D'IVOIRE

Prof. Jeanne Alimata Diarra-Nama
Directeur de l'Institut national de Santé
publique

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Prof. Dr L. Mashako Mamba Nyenya
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Mampunza Mia Miezi
Directeur de Cabinet du Ministre de
la Santé

Dr C. Miaka Mia Bilenge
Serétaire général, Ministère de la Santé

M. P. Tchelo Mazombo
Conseiller du Ministre de la Santé chargé
du Partenariat et du Financement
communautaire

Dr F. Bompeka Lepira
Directeur, Programme national
de Lutte contre le SIDA

GUINEE EQUATORIALE

Dr S. Abia Nseng
Directeur général de la Santé publique et
de la Planification

ERYTHREE

Dr Ghermai Tesfa Sellassie
Head of International Cooperation Office
Ministry of Health
Head of Delegation

Dr Zemui Alemu Tsadik
Director of Primary Health Care

ETHIOPIE

Dr Girma Azene
Head, Department of Planning and
Programming, Federal Ministry of Health
Head of Delegation

GABON

M. Faustin Boukoubi
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Prof. Pierre André Kombila
Directeur général de la Santé

Dr Jean Baptiste Ndong
Inspecteur général de la Santé

M. Abel Lengota
Aide de Camp du Ministre de la Santé

GAMBIE

Dr Yankuba Kassama
Secretary of State for Health and Social
Welfare
Head of Delegation

Dr Omar Sam
Director of Health Services

GHANA

Dr Kwaku Afriyie
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Ahmed Kofi
Chief Medical Officer
Ministry of Health

Prof. Agyeman Badu Akosa
Director General of Ghana Health Services

GUINEE

Prof. Mamadou Saliou Diallo
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Johana Lucinda Austin
Conseiller chargé de la Coopération

Dr Mahi Barry
Directeur national de la Santé publique

GUINEE-BISSAU

Dr. António Serifo Embaló
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Júlio César Sá Nogueira
Director-Geral da Saúde

KENYA

Prof. Julius S. Meme
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr T. Gakuruh
DDMS/Health Sector Reforms Secretariat

Dr Francis M. Kimani
Provincial Medical Officer, Embu

Mrs Grace Kandie
Chief Nursing Officer

Dr Mohamed Said Abdulah
Agan Khan Hospital
Vice-Chairman of AACHRD

LESOTHO

Mr Motloheloa Phooko
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Mrs Mahali C. Lebesu
Principal Secretary, Ministry of Health and
Social Welfare

Dr Thabelo Ramatlapeng
Director General of Health Services

Dr L. Nyane Lebie
Head, Family Health Division

Mr N. S. Theko Head, Environmental
Health Division
Ministry of Health and Social Welfare

LIBERIA

Dr Nathaniel S. Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Head of Delegation

MADAGASCAR

Dr Andry Rasamindrakotroka
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Charles Ravaonjanahary
Directeur de Cabinet du Ministre
de la Santé

MALAWI

Mrs E. Lamba
Deputy Minister, Health and Population
Head of Delegation

Mrs Lilian D. Ng'oma
Director of Nursing Services

Dr F. M. Salaniponi
National TB Programme Manager

MALI

Dr Fatoumata Nafou Traoré
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Mamadou Adama Kane
Conseiller technique au Ministère de la
Santé

Dr Samake Salif
Directeur national de la Santé

M. Ballo Mamadou Bassery
Directeur de la Cellule de Planification
et de Statistique du Ministère
de la Santé

MAURITANIE

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre de
la Santé et des Affaires sociales
Chef de Délégation

Dr M. Idoumou Ould Mohamed Vall
Directeur de la Protection sanitaire

MAURICE

Mrs Rajamane Veerapen
Permanent Secretary, Ministry of Health
and Quality of Life
Head of Delegation

Dr R. S. Sungkur
Chief Medical Officer

MOZAMBIQUE

Dra. Aida Theodomira de Nobreza
Libombo
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Alexandre Manguela
Director Nacional de Saúde

Dr. Jorge Fernando M. Tomo
Director Nacional de Recursos Humanos
Ministério da Saúde

Dra. Leila Adriano Monteiro
Médica Chefe
Direcção Provincial da Saúde de Inhambane

Dra. Maria de Fátima Simão
Directora do Centro-Regional
de Desenvolvimento Sanitário (CRDS)

NAMIBIE

Dr Richard Nchabi Kamwi
Deputy Minister of Health and Social
Welfare
Head of Delegation

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

Ms Ella K. Shihepo
Deputy Director, Ministry of Health and
Social Services

Ms Miryam Kaarina Muye
Control Registered Nurse

Miss Linda Nambundenga
Chief Health Programme Administrator

NIGER

Mme Ousseini Halimatou Abdoulwahid
Ministre de la Santé publique et de la Lutte
contre les Endémies
Chef de Délégation

Dr Alarou Aboubacar
Directeur général de la Santé publique

Dr Mamadou Moctar Hassane
Directeur régional de la Santé publique
de Maradi

NIGERIA

Dr (Mrs) Amina Ndalolo
Minister of Health
Head of Delegation

Mr R. Omotayo
Director, Food and Drugs Administration
and Control

Dr Garba Idris
Technical Assistant to Honourable Minister

Dr Shehu Mahdi
ED/CEO - NPHCDA

Mrs T. I. Koleoso-Adelekan
Director, Health Systems Development

Dr Lola Dare
African Council for Sustainable Health
Development (ACOSHED)

Mr Issah Tauheed
Personal Assistant to Honourable Minister
of Health (State)

RWANDA

Dr Ezechias Rwabuhiri
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Etienne Gasana
Directeur de la Santé

Mme Shema C. Mukandoli
Pharmacienne, Ministère de la Santé

SAO TOME ET PRINCIPE*

SENEGAL

Prof. Awa Marie Coll-Seck
Ministre de la Santé et de la Prévention
Chef de Délégation

* N'a pas pu participer.

Prof. Seydou Boubakar Badiane
Conseiller technique No 1
du Ministre de la Santé et de la Prévention

Dr Mandiaye Loume
Directeur de la Santé

Mme Caty Cissé Wone
Conseiller technique, Ministère de la Santé
et de la Prévention

SEYCHELLES

Mr Patrick Pillay
Minister of Health
Head of Delegation

Mrs Jeannette Samson
Director General Primary Health Care

Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

SIERRA LEONE

Mrs V. Agnes Taylor-Lewis
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Noah Conteh
Director General of Medical Services

AFRIQUE DU SUD

Dr M. Tshabalala-Msimang
Minister of Health
Head of Delegation

Dr K. S. Chetty
Deputy Director, International Health
Liaison, Pretoria

Mr I. Mayeng
Deputy Director International Health
Liaison,
Pretoria

Mrs Thembisile Rose Mdhlose
Director, Human Resource Development
Department of National Health

SWAZILAND

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Dr John M. Kunene
Principal Secretary, Ministry of Health and
Social Welfare

Mrs Gladys N. Matsebula
Act. Chief Nursing Officer

TOGO

Mme Suzanne Aho
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé

UGANDA

Brigadier General J. M. Katugugu
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Patrick Kadama
Commissioner of Health Services (Planning)

REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE

Dr Mwinyihaji Makame
Minister of Health and Social Welfare,
Zanzibar
Head of Delegation

Dr Hussein A. Mwinyi
Deputy Minister of Health, Tanzania,
Dar-es-Salaam

Dr Ali Alhaji Mzige
Director of Preventive Services
Ministry of Health, Tanzania

Mr R. Juma
Director of Preventive Services
Ministry of Health and Social Welfare,
Zanzibar

Mrs Regina L. Kikuli
Senior Economist and Head of Budget
Section
Ministry of Health, Tanzania

Dr Farid S. Zam
Medical Superintendent, Mnazi
Mmoja Hospital,
Zanzibar

ZAMBIE

Mr Chanda G. Chulumanda
Deputy Minister of Health
Head of Delegation

Dr Benson. U. Chirwa
Director General, Central Board of Health

ZIMBABWE

Dr David Parirenyatwa
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation

Dr E. Xaba
Permanent Secretary, Ministry of Health
and Child Welfare

Dr Josephine Zvemusi Chiware
Deputy Chief Nursing Officer

Mrs Josephine Brigett Matare
Projet Manager Tambanevana Children's
Association

Dr Simon Chihanga
Provincial Epidemiology and Disease
Control
Officer

Dr Max Hove
Assistant Director, Public Health
Laboratories

Dr J. Musengi
Non-Communicable Disease Control Office

Dr M. Murwira
National Coordinator, Epidemiology and
Disease Control

Mr A. Chigumbu
Environmental Health Coordinator
Ministry of Health and Childwelfare

Dr W. Nyamayaro
Provincial Medical Director

Dr Dickson D. Chifamba
Medical Superintendant, Chitungwiza
Hospital

Dr C. M. Mbiriri
Obstetrician and Gynecologist

Mrs Marina Chiteka
Matron (III), Registered General Nurse

Mr G. Tinarwo
Executive Director
Zimbabwe National Family Planning
Council

Mr Julius M. Toringepi
Principal Training and Development
Officer
Ministry of Health and Child Welfare

Colonel (Dr) G. Guindji
Director General, Health Services
Ministry of Defense

2. REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Dr M. G. L. Derveeuw
Regional Adviser RH UNFPACST
P.O. Box 4775
Harare
Zimbabwe

Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

Mr Bunmi Makinwa
Team Leader, UNAIDS
P.O. Box 6541
Pretoria 0001
South Africa

Organisation internationale pour les Migrations (OIM)

Dr Robin Dubow
Migration Health system
P.O. Box 9305
Pretoria
South Africa

Mrs Ndioro Ndiaye
Deputy Director General
P.O. Box 71
CH 1211 Geneva 19
Switzerland

Mr Hassan Abdel Moneim Mostafa
Regional Advisor for Africa
Middle East, S.E. Asia
CH 1211 Geneva 19
Switzerland

3. REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Union africaine

Mr Mohamat Doutoum
Interim Commissioner
P.O Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Mr Laban Masimba
Senior Policy Officer
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA)

Dr Amadou Moctar Mbaye
Directeur de la Santé
UEMOA - Commission
01 B.P. 543
Ougadougou 01
Burkina Faso

Secrétariat régional du Commonwealth pour la Santé pour l'Afrique de l'Est, centrale et australe (CRHCS)

Mrs Olive Kopolo Munjanja
Coordinator, Human Resources
Development and Capacity Building
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Dr Bannet Ndyabangi
Coordinator, HIV/AIDS Programme
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Organisation ouest-africaine de la Santé

Dr Kabba Joiner
Director-General
01 B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC)

Dr T. M. Balfour
Head, International Health Liaison Office
Pretoria 0001
South Africa

Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)

Prof. Eric Buch
Health Adviser
School of Health Systems and Public Health
P.O. Box 667
Pretoria 0001
South Africa

4. REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES

Fédération internationale pour le Planning familial (FIPF)

Dr M. P. Ngatane
IPPF, African Region

5. OBSERVATEURS ET DISTINGUES INVITES

Dr Pierre-Claver Bigirimana
Spécialiste de la Santé
CANADA/CIDA
200, Promenade du Portage
Hull/Québec K 1A 0G4
Canada

Dr Michel Lavollay
Head, Africa Cluster, GFATM
9, rue de Varembe
Geneva
Switzerland

Mr Clemence A. Tashaya
Correspondant, The Herald
18 - 5th Avenue Mabelreign
Harare
Zimbabwe

ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-DEUXIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la session
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC52/1 Rév.2)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000-2001 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC52/2) :
 - Exécution du budget programme 2000-2001
 - Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques :
 - Stratégie régionale pour promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé
 - Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine
 - Faire reculer le paludisme dans la Région africaine
 - Stratégie régionale relative aux secours d'urgence et à l'action humanitaire
 - Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé
 - Plan stratégique de la Région africaine de l'OMS pour la recherche en santé
 - La réforme du secteur de la santé dans la Région africaine : situation de la mise en oeuvre et perspectives
 - Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC52/4)

-
- 7.2 Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC52/5)
- 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC52/6)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC52/8)
- 8.1 – Projet de Budget Programme de l'OMS pour l'exercice 2004-2005 (document PPB/2004-2005)
- Projet de Budget Programme 2004-2005 : Contribution régionale (document AFR/RC52/3)
- Additif au Projet de Budget Programme 2004-2005 : Contribution régionale (document AFR/RC52/3 Add.1)
- 8.2 Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9)
- 8.3 Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10)
- 8.4 Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC52/11)
- 8.5 Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12)
- 8.6 Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13)
9. Tables rondes
- 9.1 L'action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA (document AFR/RC52/RT/1)

-
- 9.2 Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque (document AFR/RC52/RT/2 Rév.1)
 - 9.3 Financement de la santé (document AFR/RC52/RT/3)
 10. Rapport des Tables rondes (document AFR/RC52/14)
 11. Choix des sujets des Tables rondes de 2003 (document AFR/RC52/15)
 12. Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2003 (document AFR/RC52/16)
 13. Décisions de procédure
 14. Dates et lieux de la cinquante-troisième et de la cinquante-quatrième sessions du Comité régional (document AFR/RC52/17)
 15. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC52/19)
 16. Clôture de la cinquante-deuxième session du Comité régional

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : MARDI 8 OCTOBRE 2002

1^{ère} Séance

10h00 -12h00 Point 1 de l'ordre du jour : Cérémonie d'ouverture officielle

12h00 -14h00 Pause-déjeuner

2^{ème} Séance (Points 2, 3, 4, 5, 6 de l'ordre du jour)

14h00 - 14h05 Remarques d'ouverture

14h05 - 14h15 Point 2 : Constitution du Sous-Comité des Désignations

14h15 -14h30 Point 3 : Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

Point 4 : Adoption de l'ordre du jour (document
AFR/RC52/1.Rév.1)

Point 5 : Nomination des membres du Sous-Comité des Vérification
des pouvoirs

14h30 - 15h30 Point 6 : Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000-2001 :
Rapport biennal du Directeur régional (document
AFR/RC52/2)

15h30 -16h00 Pause-café

16h00 -17h30 (Point 6 de l'ordre du jour : suite)

18h00 Cocktail-réception

2^{EME} JOUR : MERCREDI 9 OCTOBRE 2002

3^{eme} Séance (Points 7 et 8 de l'ordre du jour)

09h00 - 10 h30 **Point 7 :** Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé

Point 7.1 : Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC52/4)

Point 7.2 : Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC52/5)

Point 7.3 : Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC52/6)

10h30 -11h00 **Pause-café**

11h00 - 12h30 **(Point 8 de l'ordre du jour)**

Point 8 : Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC52/8)

Point 8.1 : — Projet de Budget Programme de l'OMS pour l'exercice 2004-2005 (document PPB/2004-2005)
— Projet de Budget Programme 2004-2005 : Contribution régionale (document AFR/RC52/3)
— Additif au Projet de Budget Programme 2004-2005 : Contribution régionale (document AFR/RC52/3 Add.1)

12h30 -14h00 **Pause-déjeuner**

14h00 -15h30 **(Point 8.2 de l'ordre du jour)**

Point 8.2 : Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9)

15h30 -16h00 **Pause-café**

16h00 -17h30 **(Point 8.2 de l'ordre du jour : suite)**

3^{EME} JOUR : JEUDI 10 OCTOBRE 2002

4^{eme} Séance

09h00 -10h30 **(Point 8.3 et 8.4 de l'ordre du jour : suite)**

**Point 8.3 : Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine
(document AFR/RC52/10)**

**Point 8.4 : Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine
(document AFR/RC52/11)**

10h30 - 11h00 **Pause-café**

11h00 - 12 h30 **(Point 8.5 de l'ordre du jour)**

**Point 8.5 : Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans
la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration
générale du gouvernement (document AFR/RC52/12)**

12h30 -14h00 **Pause-déjeuner**

14h00 -15h30 **Point 8.6 : Développement des ressources humaines pour la santé :
Accélérer la mise en oeuvre de la Stratégie régionale
(document AFR/RC52/13)**

15h30 -16h00 **Pause-café**

16h00 -17h30 **Séance d'information sur le Fonds mondial pour la lutte contre le
SIDA, la tuberculose et le paludisme**

4^{EME} JOUR : VENDREDI 11 OCTOBRE 2002

5^{eme} Séance (Points 9, 10, 11, 12, 13, 14 de l'ordre du jour)

9 h00-10 h30 Point 9 : Tables rondes :

Point 9.1 : L'Action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA (document AFR/RC52/RT/1)

Point 9.2 : Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque (document AFR/RC52/RT/2 Rév.1)

Point 9.3 : Financement de la santé (document AFR/RC52/RT/3)

10h30 -11h00 **Pause-café**

11h00 - 12 h30 **Séance d'information sur la composante santé du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)**

12h30 -14h00 **Pause-déjeuner**

14h00 -15h30 **Point 10 :** Rapport des Tables rondes (document AFR/RC52/14)

Point 11 : Choix des sujets des Tables rondes de 2003 (document AFR/RC52/15)

Point 12 : Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2003 (document AFR/RC52/16)

Point 13 : Décisions de procédure

Point 14 : Dates et lieux de la cinquante-troisième et de la cinquante-quatrième sessions du Comité régional (document AFR/RC52/17)

15h30 -16h00 **Pause-café**

5^{EME} JOUR : SAMEDI 12 OCTOBRE 2002

6^{ème} Séance (Points 15 et 16 de l'ordre du jour)

10h00 -11h00 **Point 15 :** Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC52/19)

Point 16 : Clôture de la cinquante-deuxième session du Comité régional

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Harare (Zimbabwe) du 1^{er} au 4 octobre 2002. Le bureau a été constitué comme suit :

Présidente : Professeur Jeanne Diarra-Nama (Côte d'Ivoire)
Vice-Président : Professeur Pierre André Kombila-Koumba (Gabon)
Rapporteurs : Dr Ghermai Tesfa Sellasie (Erythrée)
Dr André Enzanza (Congo)

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

3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour la Région africaine, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme, aux membres du Conseil exécutif de l'OMS au titre de la Région africaine et au Vice-Président du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS). S'agissant du changement de lieu de la réunion, le Directeur régional a informé les participants de la situation qui prévaut au Congo et qui a entraîné la déclaration de la phase III de sécurité des Nations Unies pour la ville de Brazzaville. Il a précisé que les phases de sécurité sont déterminées par les Nations Unies à New York, et souligné que l'OMS en tant que membre du système des Nations Unies est tenue de les respecter et de les appliquer. Il a informé les participants qu'en vertu de la phase III, toutes les personnes à charge des fonctionnaires de l'OMS devaient quitter Brazzaville et qu'aucune réunion ne pouvait s'y tenir. Malgré les efforts déployés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, il n'a pas été possible d'obtenir des Nations Unies une autorisation spéciale pour la tenue des réunions du Sous-Comité du Programme et du Comité régional à Brazzaville. Le Dr Samba a exprimé ses vifs remerciements et sa profonde gratitude au Gouvernement du Zimbabwe pour avoir accepté d'accueillir ces deux réunions et avoir accordé les facilités nécessaires malgré le court délai de notification de la tenue de celles-ci.

4. Le Directeur régional a noté avec satisfaction l'accroissement continu du budget de la Région africaine de l'OMS. Il a exprimé ses sincères remerciements au Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, pour avoir augmenté les allocations budgétaires accordées à la Région au titre du budget ordinaire et des fonds provenant d'autres sources. Il a, en outre, exprimé sa gratitude aux Etats Membres et aux Représentants de

l’OMS dans les pays pour leur contribution à la gestion efficace des ressources et à la mise en oeuvre des programmes. Il a félicité le personnel de la Région pour son excellente prestation.

5. Le Dr Samba a rappelé que le mandat du Sous-Comité du Programme a été élargi depuis la réunion du Comité régional tenue à Sun City (Afrique du Sud) en 1997 et qu’en conséquence, il a maintenant compétence d’examiner, discuter et donner des avis sur toutes les questions techniques inscrites à l’ordre du jour du Comité régional, en plus de l’examen du Budget Programme. Il a remercié les membres du Sous-Comité pour leur participation à cette réunion, “malgré le changement de lieu intervenu au dernier moment. Le Dr Samba a rappelé que malgré les difficultés traversées par la Région, l’Afrique reste notre demeure et, pour faire la différence, nous devons affronter la situation avec optimisme”.

6. Le Professeur Jeanne Diarra-Nama, Présidente du Sous-Comité, a exprimé ses remerciements à ses pairs pour l’honneur qui lui a été fait et, à travers elle, à son pays. Rappelant l’objectif du Sous-Comité du Programme, elle a invité les membres à accorder une attention particulière à la pertinence et à la faisabilité des stratégies régionales. S’agissant du budget programme, le Professeur Diarra-Nama a rappelé que le Sous-Comité devait s’attacher à prendre en compte les décisions des Organes directeurs de l’OMS et les besoins des Etats Membres. Elle a conclu en soulignant les responsabilités accrues du Sous-Comité et en invitant ses Membres à un échange mutuel d’idées et d’expériences en vue d’améliorer la qualité des travaux.

7. L’ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail provisoire (Appendice 3) ont été adoptés sans amendement.

BUDGET PROGRAMME DE L’OMS 2004-2005 (document AFR/RC52/3)

8. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a donné un aperçu général de ce point de l’ordre du jour.

9. Il a informé le Sous-Comité que le Budget Programme 2004-2005 comporte trois grandes caractéristiques : il revêt un caractère plus stratégique, il est davantage axé sur les pays et il privilégie 35 domaines d’activité en tant qu’agrégats fonctionnels pour l’ensemble de l’Organisation.

10. Pour ce qui est du caractère stratégique du Budget Programme, il a fait observer qu'il reflète davantage les responsabilités stratégiques de l'ensemble du personnel de l'OMS dans la mesure où il a été conjointement élaboré par les bureaux de pays, les Bureaux régionaux, et le Siège, favorisant ainsi l'appropriation du processus et l'engagement de tous les niveaux de l'Organisation, tout en privilégiant la gestion des résultats escomptés et les indicateurs de performance.

11. Pour illustrer l'orientation nouvelle privilégiant les pays, le Dr Sambo a précisé qu'un nouveau domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays* a été introduit. Il vise à : renforcer les capacités opérationnelles des bureaux de l'OMS dans les pays, stimuler les fonctions normatives et de coopération technique de l'OMS au niveau des pays, contribuer aux grandes priorités sanitaires nationales ainsi qu'à collecter et synthétiser les données et les informations sanitaires pertinentes en concertation avec les Ministères de la Santé.

12. Le Dr Sambo a informé le Sous-Comité que les 35 domaines d'activité représentent des agrégats fonctionnels pour toute l'Organisation et se regroupent autour des neuf sections de la résolution portant ouverture de crédits. Pour chaque domaine d'activité il est défini les problèmes et les enjeux, le but, les objectifs de l'OMS, les approches stratégiques, les résultats escomptés et leurs indicateurs ainsi que les ressources.

13. Il a rappelé que les 11 priorités mondiales sont les suivantes : Paludisme; Tuberculose; VIH/SIDA; Santé mentale; Cancer, Maladies cardiovasculaires et diabète; Systèmes de santé et médicaments essentiels; Pour une grossesse à moindre risque et santé de l'enfant; Santé et environnement (nouveau); Salubrité des aliments; Sécurité transfusionnelle; Tabac. Il a d'autre part fait observer que le domaine d'activité prioritaire "Investir dans le changement à l'OMS" a été supprimé de la liste des priorités pour 2004-2005.

14. Le Dr Sambo a précisé la répartition du budget ordinaire entre les six régions de l'OMS. Par rapport à d'autres régions, la Région africaine s'est vue allouer un pourcentage plus important de ce budget (23 %).

15. Se référant aux contributions régionales et nationales au Budget Programme 2004-2005, il a rappelé que le Comité régional, à sa cinquante et unième session, a adopté 15 priorités régionales, à savoir : Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours; Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles; Promotion de la santé; Santé mentale et toxicomanies; Pour une grossesse à moindre risque; Santé et environnement; Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel;

Sécurité transfusionnelle et technologie clinique; Organisation des services de santé; Paludisme; Tuberculose; VIH/SIDA; Santé et développement durable; Nutrition; Santé de l'enfant et de l'adolescent.

16. Concernant l'analyse du Budget Programme, le Dr Sambo a informé le Sous-Comité que le montant total des crédits du budget ordinaire alloués à la Région africaine s'élève à US \$192,7 millions, dont 64 %, soit US \$123, 3 millions ont été alloués aux Etats Membres. Les 36 % restants (US \$69,4 millions) seront utilisés par le Bureau régional en vue d'obtenir les résultats escomptés au niveau régional et inter-pays.

17. Il a indiqué que US \$83,63millions (73 %) ont été affectés aux priorités régionales. Il a également mentionné que les domaines *Présence de l'OMS dans les pays (SCC)* et *Organisation des services de santé* ont été choisis par tous les pays étant donné qu'ils contribuent de manière importante à une bonne mise en œuvre des autres domaines d'activité. La *Promotion de la santé*, le *VIH/SIDA*, le *Paludisme*, la *Nutrition*, la *Surveillance des maladies transmissibles*, et la *Santé et l'environnement*, ont été choisis par plus de 80 % des pays.

18. Le Dr Sambo a informé le Sous-Comité qu'en vue de renforcer la présence de l'OMS dans les pays, le Directeur général a décidé : de transférer, au titre du budget ordinaire, US \$5 millions des fonds mondiaux au domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays (SCC)*; de transférer 10 % des fonds de tous les domaines d'activité des pays au domaine d'activité SCC, ce qui revient à US \$24 millions pour l'ensemble des régions et à US \$7,8 millions pour la Région africaine; et d'affecter 1 % (US \$37,5 millions) des fonds provenant d'autres sources à ce même domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays*.

19. Dans sa conclusion, le Dr Sambo a souligné que : a) la tendance des ressources financières mises à la disposition de la Région africaine est à la baisse; b) l'augmentation attendue provient d'autres sources et non du budget ordinaire; c) les allocations au titre du budget ordinaire et les estimations au titre des crédits provenant d'autres sources sont plus élevées pour l'Afrique comparativement aux autres régions; d) un effort a été consenti pour accroître l'allocation et la décentralisation des ressources des niveaux mondial et régional vers les pays; e) 43 % des fonds provenant d'autres sources dans la Région sont attribués aux priorités régionales, et f) 73 % du budget ordinaire régional sont alloués aux priorités sanitaires régionales. Cependant, il demeure nécessaire d'accroître le financement global accordé à la Région africaine, notamment pour les domaines d'activité prioritaires qui ne reçoivent pas suffisamment de fonds, tels que *VIH/SIDA*, *Pour une grossesse à moindre risque*, *Santé et environnement*, *Maladies non transmissibles*, et *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours*.

20. Le Sous-Comité du Programme a été invité à examiner le document qui sera soumis au Comité régional et adopté pour guider la planification opérationnelle et la mise en œuvre des activités dans la Région africaine pendant la période 2004-2005.

Direction et développement d'ensemble des programmes

21. Cette partie du document a également été présentée par le Dr Sambo du Secrétariat.

22. Il a souligné que la Direction et le développement d'ensemble des programmes recouvre six domaines d'activité, à savoir : *Présence de l'OMS dans les pays; Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats; Bases factuelles à l'appui des politiques de santé; Politique de recherche et promotion de la recherche; Planification, suivi et évaluation des programmes (intitulé auparavant Budget et réforme administrative); et Organes directeurs.*

23. Le Dr Sambo a souligné l'objectif et les axes principaux d'action de chaque domaine d'activité ainsi que l'allocation budgétaire. Au total, US \$71 653 000 ont été affectés aux domaines susmentionnés au titre de la période 2004-2005 pour le Bureau régional et les Etats Membres.

24. Il a présenté la répartition des pays de la Région en fonction des domaines d'activité choisis : *Présence de l'OMS dans les pays : 47 pays; Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats : 10 pays; Bases factuelles à l'appui des politiques de santé : 9 pays; Politique de recherche et promotion de la recherche : 8 pays.*

Division de la lutte contre les maladies transmissibles

25. Le Dr A. Kaboré du Secrétariat a présenté cette section.

26. Il a informé le Sous-Comité que pour la période biennale 2004-2005, la division avait prévu un budget pour les sept domaines suivants : *Maladies transmissibles : surveillance; Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication; Maladies transmissibles : recherche et développement de produits; Paludisme; Tuberculose; VIH/SIDA ; et Vaccination et mise au point de vaccins.*

27. Le Dr Kaboré a décrit brièvement les principaux objectifs de l'OMS pour chaque domaine d'activité et indiqué le budget alloué à chacun d'eux. Pour tous les sept domaines d'activité, au total, US \$263 339 000 ont été alloués au Bureau régional et aux pays. Ce montant constitue 53 % du budget total alloué à la Région africaine au titre de la période de 2004-2005.

28. En conclusion, il a présenté la répartition des pays de la Région en fonction des différents domaines d'activité choisis pour l'exercice biennal : *Maladies transmissibles : surveillance* : 40 pays; *Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication* : 33 pays; *Maladies transmissibles : recherche et développement* : 4 pays; *Paludisme* : 41 pays; *Tuberculose* : 36 pays; *VIH/SIDA* : 43 pays; *Vaccination et mise au point de vaccins* : 35 pays.

Division de la lutte contre les maladies non transmissibles

29. Le Dr M. Belhocine du Secrétariat a présenté cette section.

30. Il a indiqué que pour l'exercice biennal 2004-2005, les six domaines d'activité pour la Division sont : *Promotion de la santé; Maladies non transmissibles; Santé mentale et toxicomanies; Tabac; Nutrition; Prévention des incapacités/traumatismes et réadaptation.*

31. Il a brièvement décrit les principaux objectifs de l'OMS pour chaque domaine d'activité et indiqué le budget alloué à chacun d'eux. Pour l'ensemble des domaines d'activité, au total US \$24 932 000 ont été alloués pour la période 2004-2005 au Bureau régional et aux pays. Ce montant représente 5,1 % de l'allocation budgétaire totale de la Région.

32. Le Dr Belhocine a présenté la répartition des pays en fonction des domaines d'activité choisis pour l'exercice 2004-2005 : *Promotion de la santé* : 45 pays; *Nutrition* : 38 pays; *Maladies non transmissibles* : 36 pays; *Santé mentale et toxicomanies* : 33 pays; *Tabac*; 14 pays; *Prévention des incapacités/traumatismes et réadaptation* : 15 pays.

Division de la santé de la famille et de la santé génésique

33. Le Dr D. Oluwole du Secrétariat a présenté cette section.

34. Elle a informé le Sous-Comité que pour l'exercice biennal 2004-2005, la Division avait budgétisé les quatre domaines d'activité suivants : *Santé de l'enfant et de l'adolescent; Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine; Pour une grossesse à moindre risque et Santé de la femme.*

35. Elle a brièvement décrit les principaux objectifs de l'OMS pour chacun des domaines d'activité relevant de la Division et indiqué le budget alloué à chacun d'entre eux. Pour l'ensemble des domaines d'activité, au total US \$28 255 000 ont été alloués au Bureau régional et aux pays. Ce montant représente 5,7 % de l'allocation budgétaire totale de la Région.

36. Le Dr Oluwole a présenté la répartition des pays de la Région en fonction des domaines d'activité choisis pour l'exercice biennal 2004-2005 : *Santé de l'enfant et de l'adolescent* : 39 pays; *Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine* : 21 pays; *Pour une grossesse à moindre risque* : 36 pays; *Santé de la femme* : 15 pays.

Division des milieux favorables à la santé et du développement durable

37. Mme E. Anikpo-Ntame du Secrétariat a présenté cette section.

38. Elle a indiqué que la Division couvre quatre domaines d'activité : *Santé et développement durable*, *Santé et environnement*, *Salubrité des aliments* ainsi que *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours*.

39. Mme Anikpo a brièvement décrit les principaux objectifs de l'OMS, les résultats escomptés et l'allocation budgétaire de chaque domaine d'activité. Elle a indiqué que pour l'ensemble des domaines d'activité, au total US \$26 025 000 ont été alloués pour l'exercice biennal 2004-2005 au Bureau régional et aux pays. Ce montant représente 5,3 % de l'allocation budgétaire totale destinée à la Région africaine.

40. Le nombre de pays de la Région qui ont choisi les divers domaines d'activité a été le suivant : *Santé dans le contexte du développement durable* : 32 pays; *Santé et environnement* : 39 pays; *Salubrité des aliments* : 25 pays; *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours* : 35 pays.

Division du développement des systèmes et services de santé

41. Le Dr R. Chatora du Secrétariat a présenté cette section.

42. Il a énuméré les domaines d'activité relevant de sa Division : *Sécurité transfusionnelle et technologie clinique*; *Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel*; et *Organisation des services de santé*.

43. Il a souligné les principaux objectifs, les résultats attendus et l'allocation budgétaire attribuée à chaque domaine d'activité. Pour l'ensemble des domaines d'activité, au total US \$39 239 000 ont été alloués au Bureau régional et aux pays, au titre de l'exercice biennal 2004-2005. Ce montant représente 8 % du budget total alloué à la Région africaine.

44. Le Dr Chatora a indiqué le nombre de pays ayant choisi les domaines d'activité relevant de sa Division au titre de l'exercice 2004-2005 : *Sécurité transfusionnelle et technologie clinique* : 28 pays; *Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel* : 30 pays; *Organisation des services de santé* : 46 pays.

Division de l'administration et des finances

45. M. B. Chandra du Secrétariat a présenté cette section.

46. Il a indiqué que la Division couvre les domaines d'activité suivants : *Gestion et diffusion de l'information sanitaire; Développement des ressources humaines; Gestion financière; et Services Informatique et Infrastructure.*

47. Il a mentionné que les objectifs et les résultats attendus de ces domaines d'activité étaient de fournir à temps, aux parties concernées, des informations sanitaires à jour, d'optimiser la motivation et le rendement du personnel, de fournir un appui administratif et financier efficient et efficace à la Région, et d'améliorer le fonctionnement des services de communication et de logistique .

48. M. Chandra a informé le Sous-Comité que ces quatre domaines d'activité avaient reçu une allocation budgétaire totale de US \$38,6 millions, soit 7,8 % de l'ensemble du budget alloué à la Région africaine. Il a précisé que les domaines d'activité *Développement des ressources humaines, Gestion financière, Services Informatique et Infrastructure* sont spécifiques au Bureau régional et n'avaient pas de crédits au niveau des pays. Par contre, une petite partie de l'allocation budgétaire allouée au domaine d'activité *Gestion et diffusion de l'information sanitaire* est consacrée aux activités des pays.

49. Le Directeur régional a souligné les principales améliorations apportées à la préparation du budget de l'OMS depuis l'élection du Dr Gro Harlem Brundtland au poste de Directeur général. Ces améliorations portent sur : le renforcement de la collaboration entre tous les niveaux de l'Organisation dans la préparation du budget; un ciblage accru de la coopération avec les pays membres; l'accroissement des allocations attribuées à la Région africaine au titre du budget ordinaire et des crédits provenant d'autres sources; le renforcement des partenariats avec les gouvernements, les autres institutions des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods; et la pleine participation de tous les niveaux de l'OMS. Le Directeur régional a déclaré que toutes ces améliorations sont le résultat de la transparence et de la meilleure gestion du budget de l'OMS, en plus, d'une meilleure surveillance et d'une meilleure évaluation.

50. Le Sous-Comité s'est félicité de l'approche participative adoptée pour l'élaboration du Budget Programme. Les membres du Sous-Comité ont pris note de l'accroissement tant du budget ordinaire que des fonds provenant d'autres sources alloués à la Région africaine. Ils ont également souligné la nécessité d'améliorer le flux des informations circulant des pays vers les niveaux régionaux et du Siège, et celle de renforcer la capacité des Etats Membres à accéder aux fonds disponibles pour la santé au niveau mondial. Le Sous-Comité a exprimé sa satisfaction par rapport au budget alloué au domaine d'activité *Services Informatique et Infrastructure*. Il a reconnu l'importance d'une bonne communication pour améliorer l'échange d'informations à travers l'organisation et avec les partenaires. Le Sous-Comité a félicité le Directeur régional pour avoir mis en place un mécanisme fiable de surveillance et d'évaluation qui a contribué à améliorer l'image du Bureau régional et à renforcer la confiance des donateurs. Il a recommandé que la mise en oeuvre du budget par domaine d'activité et par niveau organisationnel pour la période précédente soit présentée pour permettre de mieux comprendre les variations de l'allocation des ressources. Les membres du Sous-Comité ont proposé que la liste des abréviations soit insérée dans les deux documents. Ils se sont demandés pourquoi une grande proportion du budget avait été retenue au Siège et si cela était en rapport avec l'acquisition centralisée des matériels et des fournitures.

51. Les membres du Sous-Comité ont fait les propositions spécifiques suivantes pour l'amélioration du document du projet de Budget Programme 2004-2005 :

- a) les *orientations* du Directeur général auraient dû être incluses dans le document pour donner des lignes directrices en vue de la préparation du budget programme;
- b) en ce qui concerne le dixième indicateur relatif aux *Maladies transmissibles : recherche et développement des produits*, certains membres se sont demandés s'il était possible de mesurer "le nombre de consultations des pages du site web" concerné de l'OMS. Ils ont exprimé des préoccupations par rapport à la baisse de l'enveloppe budgétaire allouée à ce domaine d'activité tout en reconnaissant que les autres partenaires n'avaient pas manifesté d'intérêt dans ce domaine. Ils ont également noté l'accent mis sur la recherche à l'échelle mondiale au détriment de la recherche sur les technologies locales. En outre, ils ont noté la faiblesse des liens entre les communautés nationales de recherche et les responsables de l'élaboration des politiques au sein des ministères de la santé;

-
- c) l'encadré "problèmes et enjeux" du domaine d'activité relatif à la *Tuberculose* devrait inclure "approvisionnement irrégulier en médicaments dans certains pays";
 - d) concernant le domaine d'activité *Promotion de la santé*, des membres du Sous-Comité ont exprimé des préoccupations par rapport au déséquilibre dans l'allocation budgétaire consacrée à ce domaine d'activité au niveau mondial par rapport au niveau des pays, où les activités de promotion de la santé sont réellement nécessaires;
 - e) en ce qui concerne le domaine d'activité *Prévention des incapacités/traumatismes et réadaptation*, dans la rubrique "Problèmes et enjeux" le paragraphe 4 devrait être revu pour en faciliter la compréhension; les membres ont proposé que l'allocation des ressources reflète l'importance croissante de ce domaine d'activité dans la Région;
 - f) en ce qui concerne le domaine d'activité *Santé mentale et toxicomanies*, le Sous-Comité a recommandé que les activités liées à la lutte contre les toxicomanies soient harmonisées avec celles relatives à la *Santé de l'enfant et de l'adolescent* et à la *Promotion de la santé*;
 - g) dans le domaine d'activité *Santé de la femme*, sous la rubrique "Approches stratégiques", dans la dernière phrase, il convient de supprimer "et la santé" pour éviter la répétition;
 - h) le titre du domaine d'activité *Salubrité de l'environnement* doit être remplacé par *Santé et environnement* afin de refléter les discussions du Sous-Comité sur la stratégie régionale;
 - i) en ce qui concerne le domaine d'activité *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours*, les membres ont proposé que l'OMS et d'autres institutions fournissent un appui technique aux pays pour élaborer des cadres politiques et juridiques leur permettant de faire face aux situations d'urgence.

52. Afin d'améliorer la présentation du Projet de Budget Programme, document AFR/RC52/3, et de son Additif, le Sous-Comité a formulé les propositions spécifiques suivantes :

-
- a) les deux décisions du Directeur général relatives à l'affectation des fonds au domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays* n'avaient pas été mises en oeuvre et il était nécessaire de faire apparaître dans le document les prévisions concernant la répartition de ces fonds entre les Etats;
 - b) en ce qui concerne le domaine d'activité *Nutrition*, ils ont proposé de remplacer dans le deuxième résultat attendu, "un programme en faveur de" par "l'aspect nutritionnel de";
 - c) la traduction française de l'Analyse du Budget Programme (sixième partie du document), doit être revue.

53. S'agissant des sections du Budget Programme soulignées par le Directeur général, le Sous-Comité a noté que le Directeur général a décidé d'attendre les réactions des Comités régionaux par rapport à ces sections. En présentant ce point de l'ordre du jour, le Secrétariat a mis l'accent sur les principales décisions du Directeur général qui ont guidé l'élaboration du Budget Programme. En ce qui concerne la question relative à la possibilité de quantifier le "Nombre de consultations effectuées sur les pages appropriées des sites Web de l'OMS", le Sous-Comité a reconnu que, compte tenu des progrès de la technologie de l'information, il était techniquement possible de contrôler le nombre de telles visites. Les membres ont également noté que, malgré la diminution du budget ordinaire alloué à la *recherche et au développement de produits dans le domaine des maladies transmissibles* par rapport à la période biennale précédente, les fonds provenant d'autres sources ont augmenté. Pour ce qui est de la décision du Directeur général relative aux fonds provenant d'autres sources, le Sous-Comité a noté que ces fonds n'avaient pas encore été répartis entre les différentes Régions et que, dans ces conditions, il était très difficile de prévoir les montants à allouer au Bureau régional et aux différents pays de la Région africaine. Toutefois, les membres ont noté que cette question serait débattue à fond lors de la prochaine réunion du Cabinet qui aura lieu en novembre 2002 à Genève et que le compte-rendu de ces débats serait communiqué aux Etats Membres. Quant à la nécessité d'élaborer des protocoles pour tester et juger de l'efficacité des médicaments traditionnels, le Sous-Comité a pris bonne note des mesures que le Bureau régional est en train de prendre pour mettre en oeuvre la stratégie régionale en matière de médecine traditionnelle adoptée à la cinquantième session du Comité régional. Pour ce qui est du lien entre *Toxicomanies, Santé de l'enfant et de l'adolescent* et *Promotion de la santé*, le Sous-Comité a noté les efforts déployés pour renforcer la collaboration entre ces trois domaines d'activité.

54. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs observations et de leurs suggestions, et les a assurés de la prise en compte des modifications et corrections proposées dans la version révisée des documents. S'agissant de la collecte des fonds au niveau des Etats, il a indiqué que les donateurs étaient plutôt enclins à allouer directement les fonds aux Etats; par conséquent, il a encouragé les Etats Membres à organiser des réunions avec les donateurs pour mobiliser davantage de ressources en faveur de la santé. Il les a également encouragés à accroître leurs niveaux d'exécution des budgets pour assurer la mise en oeuvre effective des programmes. Il a souligné la nécessité de veiller à la transparence et à l'obligation de rendre compte de l'emploi des fonds publics et des ressources provenant des donateurs. En ce qui concerne l'utilisation des résultats de la recherche pour la prise des décisions au niveau des Etats, le Directeur régional a convenu avec le Sous-Comité qu'il était nécessaire de renforcer la collaboration entre ministères de la santé et instituts nationaux chargés de la recherche.

STRATEGIE REGIONALE DE LA VACCINATION POUR LA PERIODE 2003-2005 (document AFR/RC52/9)

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

56. Il a rappelé que le plan d'action stratégique du Programme élargi de vaccination (PEV) adopté en 1995 à la quarante-cinquième session du Comité régional avait fourni des lignes directrices pour la période 1996-2000. Depuis lors, la transmission du poliovirus sauvage est sur le point d'être interrompue, le tétanos néonatal a été éliminé dans 12 pays et le contrôle de la rougeole a été maintenu dans sept pays de l'Afrique australe entre 1999 et 2001.

57. Le Dr Kaboré a indiqué que le document de stratégie visait la réalisation de trois objectifs : optimiser la prestation des services de vaccination durables et de qualité; accélérer les efforts déployés pour assurer l'éradication de la polio, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune; et accélérer l'introduction de nouveaux vaccins et de technologies appropriées de vaccination.

58. Il a précisé que pour atteindre ces objectifs, il faudra renforcer l'engagement politique; promouvoir un plaidoyer, une communication et une mobilisation sociale durables; développer les processus de planification aux niveaux national et du district; établir des mécanismes de coordination pour les partenaires du PEV à tous les niveaux; et assurer le renforcement des capacités et la formation aux niveaux national, intermédiaire et périphérique.

59. Pour terminer, le Dr Kaboré a mis l'accent sur la nécessité pour l'OMS et les autres partenaires au développement sanitaire d'oeuvrer avec les Etats Membres au renforcement des systèmes de vaccination nationaux et d'assurer l'éradication du poliovirus sauvage, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune, et la supplémentation en vitamine A. Comme la stratégie l'a clairement indiqué, il sera nécessaire de renforcer les systèmes nationaux de surveillance et les réseaux de laboratoires afin de fournir les données nécessaires pour guider les interventions.

60. Les membres du Sous-Comité ont estimé que le document de stratégie est pertinent, et que sa mise en oeuvre effective pourrait faire la différence. La réussite de la mise en oeuvre de cette stratégie dépendra de la mise à la disposition de ressources suffisantes, notamment au niveau périphérique. Les membres ont insisté sur la nécessité de s'entourer de précautions pour l'introduction de nouveaux vaccins, car de nombreux pays ont rencontré des difficultés à réaliser présentement le PEV et à financer leurs journées nationales de vaccination (JNV). Toutefois, la vaccination de routine ne devrait pas être compromise.

61. Les membres du Sous-Comité ont fait les suggestions spécifiques suivantes pour améliorer le document : a) dans l'ensemble de la version française du document remplacer le terme "endiguer" par "contrôler"; b) au paragraphe 3, on devrait inclure les "Journées nationales de vaccination synchronisées" organisées par certains groupes de pays; c) au paragraphe 7 b), première phrase, "agitation civile" devrait être remplacée par "crises socio-politiques"; d) au paragraphe 8, deuxième phrase (version française), le terme "écoliers" devrait être remplacé par "enfants en âge préscolaire"; dans la troisième phrase, on devrait remplacer l'expression "L'insuffisance du financement constitue la principale contrainte" par "L'insuffisance du financement et de la dotation en personnel constitue la principale contrainte"; il conviendrait de préciser si les chiffres indiqués dans le document sont basés sur des résultats d'études ou sur des données de surveillance; e) au paragraphe 11, deuxième phrase, des membres ont posé la question de savoir si des pays confrontés à de graves problèmes budgétaires malgré un produit national brut (PNB) élevé pouvaient bénéficier d'une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Dans la troisième phrase, remplacer le terme "Initiative" par l'expression "la vaccination"; f) au paragraphe 15 c), remplacer "tous les pays" par "au moins 90 % des pays" et ajouter à la fin de la phrase "y compris un décaissement effectif des fonds en temps voulu"; g) au paragraphe 17, le nombre de pays entrant dans chaque catégorie devrait être spécifié pour faciliter l'évaluation; h) au paragraphe 21, ajouter deux nouveaux alinéas : d) "la paix doit être la base du développement", et e) "Tous les pays éligibles devraient tirer parti de l'Initiative PPTE pour mobiliser des ressources pour le PEV et d'autres besoins liés à la santé"; au paragraphe 21

b), ajouter *“et des parents”* après le terme *“Parlement”*; i) avant le paragraphe 23, dans le sous-titre, il a été suggéré d’ajouter le terme *“intermédiaire”* après *national*; j) au paragraphe 25, supprimer du titre les termes *“Assurer le”* et ajouter un nouvel alinéa : c) : *“la mise en place de la logistique requise et d’un système de maintenance de la chaîne du froid”*; k) au paragraphe 26, à la dernière phrase, ajouter *“et les communautés”* après *“les agents de santé”*; l) remplacer le paragraphe 40 par *“L’OMS fournira un appui technique et financier aux pays, chaque fois que cela sera nécessaire pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l’évaluation du PEV. L’OMS négociera l’obtention de fonds GAVI pour les pays qui n’en bénéficient pas actuellement et fournira un appui pour l’introduction de nouveaux vaccins”*.

62. Le Directeur régional s’est félicité des commentaires et suggestions formulés par les membres et a assuré le Sous-Comité que ceux-ci seront pris en compte dans la version révisée du document. Il a fait observer que, compte tenu des ressources allouées à la polio, son éradication sera possible. Il a insisté sur le fait que la décision d’introduire des nouveaux vaccins revenait aux Etats Membres. A la demande des pays, l’OMS leur apportera un appui aussi bien pour l’introduction de nouveaux vaccins que pour l’accélération du PEV de routine.

63. En réponse à la question relative à la source des données présentées pour l’hépatite B et l’Haemophilus influenza de type B, le Secrétariat a fait savoir au Sous-Comité que des études avaient été réalisées dans au moins 70 % des Etats Membres et que la surveillance serait renforcée en conséquence.

64. S’agissant des fonds pour la vaccination en général et pour les Journées nationales de vaccination en particulier, le Secrétariat a informé le Sous-Comité que ceux-ci étaient effectivement en diminution, mais que des efforts étaient déployés, en collaboration avec le Siège de l’OMS et d’autres partenaires, pour obtenir les financements nécessaires.

65. Le Sous-Comité a approuvé le document avec ses amendements et préparé un projet de résolution qui sera soumis au Comité régional pour examen et adoption.

SANTE ET ENVIRONNEMENT : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC52/10)

66. Mme E. Anikpo-Ntame, du Secrétariat, a présenté ce document.

67. Elle a indiqué que ce document, destiné à informer les Ministres de la Santé, est une réponse du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique à leur demande d’assistance pour

la mise en place de mécanismes permettant d'améliorer la santé des populations de la Région en s'attaquant aux déterminants environnementaux de la santé.

68. Mme Anikpo-Ntame a indiqué que la partie liminaire du document présentait une vue d'ensemble de la contribution de l'environnement à la santé, à la pauvreté et au développement en général, ainsi que de la façon dont la stratégie encouragerait les pays à formuler des politiques de santé et environnement. L'analyse de la situation résume l'état actuel de l'environnement dans la Région ainsi que ses implications pour la santé et le développement. Trois scénarios ont été décrits dans le document pour aider à une planification à long terme.

69. La vision de la stratégie, ses objectifs et les principes directeurs pour élaborer les politiques désirées ont été présentés. De même, certaines interventions prioritaires qui permettraient de rendre opérationnelles ces politiques ainsi que les principaux acteurs et leurs rôles ont été identifiés.

70. Pour terminer, le document précisait les étapes à suivre par le Bureau régional de l'OMS afin d'assurer aux pays un appui nécessaire pour réaliser l'objectif visé par la stratégie.

71. Le Sous-Comité a reconnu le bien-fondé et la pertinence de cette question complexe qui requiert une réponse multisectorielle et une définition claire des rôles et responsabilités de chaque secteur, en sachant que le secteur de la santé a un rôle de plaidoyer important à jouer. Il importe de reconnaître qu'il ne s'agit pas simplement d'une question de formulation des politiques de santé et environnement, mais surtout, de la mise en oeuvre de ces politiques et de la gestion des principaux déterminants de la santé liés à l'environnement. Le Sous-Comité a déploré les conditions environnementales effroyables dans la plupart des villes de la Région, et a souligné en particulier la prolifération des bidonvilles, manifestation de la prévalence croissante de la pauvreté et d'une mauvaise gestion de l'environnement. Le Sous-Comité a suggéré que la stratégie mette l'accent sur la nécessité d'un changement de comportements par rapport à l'environnement grâce à l'éducation.

72. Les membres ont suggéré que le titre de la version française de la stratégie soit amendé pour devenir "*Santé et environnement : stratégie pour la Région africaine*".

73. Les membres du Sous-Comité ont fait les propositions spécifiques suivantes pour améliorer le document : a) au paragraphe 1 de l'introduction, la deuxième phrase pourra être reformulée comme suit : *le traitement de l'eau et la lutte antivectorielle sont rendus*

coûteux par : la prolifération vertigineuse des vecteurs de maladies; la pollution des rares sources d'approvisionnement en eau; la contamination des sols par les déchets industriels, urbains et agricoles contenant des substances chimiques toxiques et dangereuses; la prolifération de véhicules vétustes provoquant la pollution de l'air et une accumulation d'épaves, ce qui accentue la complexité de la gestion des déchets solides; b) au paragraphe 6, première phrase, ajouter "et la mise en oeuvre" après "l'élaboration"; c) au paragraphe 8, ajouter Ebola en tant qu'une des maladies émergentes; d) reformuler le paragraphe 14 pour y intégrer les facteurs causals des maladies émergentes comme Ebola; e) au paragraphe 15 (version française), trouver un terme approprié pour remplacer le terme "moralité"; f) au paragraphe 19, reformuler l'objectif comme suit : "D'ici 2020, créer et maintenir un environnement favorable à la santé qui contribue au développement durable, et promouvoir des comportements appropriés en matière d'environnement"; g) l'alinéa 20 a) devra être reformulé comme suit: "d'élaborer d'ici 2010 leur propre politique de gestion en matière de santé et environnement"; h) reformuler l'alinéa 20 d) de la manière suivante : "promouvoir la collaboration et les partenariats inter- et intra-sectoriels"; i) ajouter un nouvel alinéa 20e) libellé comme suit : "promouvoir les comportements propices à la gestion de l'environnement"; j) au paragraphe 21, ajouter un nouvel alinéa e) libellé comme suit : "La promotion d'un changement de comportements en matière d'environnement"; k) remplacer "les départements du secteur social" à l'alinéa 21 d) par "les secteurs sociaux" et après "eau", ajouter "et de la foresterie"; l) au paragraphe 22 a) après le terme "structures institutionnelles", insérer "dans tous les secteurs concernés"; m) au paragraphe 24, première phrase, après "Ministères de la Santé", insérer, "en partenariat avec les Ministères de l'Environnement"; n) le paragraphe 25 devrait faire référence au Sommet mondial pour l'environnement et le développement durable organisé à Johannesburg en 2002; o) au paragraphe 3, première phrase du résumé, après "politiques de Santé et Environnement" ajouter "ainsi que d'une saine gestion de l'environnement".

74. Le Directeur régional a reconnu que la salubrité de l'environnement était une importante question pour l'Afrique, et dont la portée dépasse la seule responsabilité des Ministres chargés de la santé. Il a rassuré le Sous-Comité en indiquant que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique avait précisément créé la Division Environnements sains et développement durable pour fournir un appui et des conseils appropriés aux Etats Membres.

75. Le Secrétariat a accepté de changer le titre du document pour qu'il devienne "Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine".

76. Le Sous-Comité a été informé qu'en 2003, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique accueillera une conférence des Ministres africains de la Santé et de l'Environnement pour garantir une synergie entre la santé et l'environnement.

77. Le Sous-Comité a préparé à ce sujet un projet de résolution a été soumis au Comité régional pour examen et adoption.

MISE EN OEUVRE DES REFORMES DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA REGION AFRICAINE : AMELIORER LE ROLE D'ADMINISTRATION GENERALE DU GOUVERNEMENT (document AFR/RC52/12)

78. Le Dr R. Chatora, du Secrétariat, a présenté ce document.

79. Il a indiqué que le but du document était de donner une orientation sur la façon dont on peut améliorer la mise en oeuvre de la réforme du secteur de la santé en renforçant le rôle d'administration générale du gouvernement.

80. Le Dr Chatora a précisé que l'introduction du document définit la notion d'administration générale. Il a expliqué que les notions d'administration générale et de leadership dans les réformes du secteur de la santé en cours laissent apparaître beaucoup de similitudes, mais que l'administration générale a une portée plus grande que le leadership. Le paragraphe 14 décrit la situation actuelle des réformes du secteur de la santé dans la Région. Bien que certains progrès aient été accomplis, la situation sanitaire des populations de la Région continue à se dégrader.

81. Les paragraphes 5 à 31 du document proposent un cadre conceptuel en vue d'améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement en considérant trois composantes, à savoir : l'administration générale en matière de santé, l'administration générale de la santé, l'administration générale pour la santé. Les rôles et responsabilités des partenaires, y compris de l'OMS, aux différentes étapes de l'élaboration, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation sont définis aux paragraphes 32 à 35.

82. Le document souligne, dans sa conclusion, l'importance capitale d'une amélioration du rôle d'administration générale du gouvernement afin d'accélérer la mise en oeuvre efficace de la réforme du secteur de la santé. Il invite en particulier les Ministres de la Santé à jouer pleinement un rôle de chef de file et à mobiliser à cet effet tous les autres secteurs notamment publics, privés et les sociétés civiles.

83. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour avoir élaboré une orientation stratégique portant sur l'amélioration du rôle d'administration générale du gouvernement afin de soutenir la mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé, initiative pertinente qui vient à point nommé.

84. Diverses observations ont été faites au cours de la discussion qui a suivi :

- a) le plaidoyer devrait être un préalable aux réformes du secteur de la santé;
- b) les réformes du secteur de la santé devraient être menées en collaboration avec les autres secteurs et non par le seul secteur de la santé;
- c) il faudrait définir clairement le rôle d'administration générale par rapport à la décentralisation et aux réformes du secteur de la santé;
- d) la décentralisation de l'administration devrait aller de pair avec celle des ressources;
- e) des préoccupations ont été exprimées au sujet de la pérennité des réformes;
- f) les aspects touchant à la recherche n'ont pas été explicitement abordés dans le document;
- g) une préoccupation a été exprimée par rapport aux partenaires qui empiètent sur le rôle d'administration générale du gouvernement;
- h) les termes "Etat" et "gouvernement" ne doivent pas être utilisés comme des synonymes dans le document;
- i) la forte rotation des décideurs politiques déstabilise les activités du système de santé.

85. Les membres du Sous-Comité ont formulé les observations suivantes pour améliorer le document : a) ils ont exprimé des préoccupations sur le fait que le contenu du paragraphe 8 ne reflète pas les aspects négatifs des réformes relevés par certaines études montrant une détérioration de la qualité des prestations de soins de santé; b) au paragraphe 11, au regard du rôle d'administration générale du gouvernement, les membres ont souligné l'importance et la complexité de certaines questions politiques telles que le séparatisme et le fédéralisme; c) au paragraphe 15, après la 3ème ligne,

remplacer "*l'animation*" par la "*coordination*"; d) le diagramme figurant dans l'annexe devrait être ramené à la page 4 pour faire partie du paragraphe 18, afin de clarifier le rapport entre l'administration générale et les autres fonctions du système de santé; e) au paragraphe 24, dernière ligne, le terme "*operationalization of district health systems*", utilisé dans la version anglaise et portugaise doit être clarifiée; f) au paragraphe 26, avant-dernière ligne, des précisions ont été sollicitées sur l'utilisation de l'expression "*niveaux de corruption*" au lieu du mot "*corruption*" tout court; g) au paragraphe 28, les membres ont estimé qu'il serait probablement utile de préciser les conditions dans lesquelles le gouvernement doit assumer lui-même le rôle d'administration générale et celles dans lesquelles il peut le déléguer; h) au paragraphe 32, 5ème ligne, remplacer le terme "*sensibilisent*" par "*associent*"; i) au paragraphe 39, compte tenu de la nature et de l'orientation du document, les membres ont estimé que ledit document devrait être soumis au Comité régional pour information et non pour adoption.

86. Le Directeur régional a exprimé son plein accord avec les préoccupations exprimées par le Sous-Comité au sujet de la nécessité d'inclure une composante "recherche" afin de répondre aux questions liées aux réformes du secteur de la santé.

87. Parmi les questions auxquelles la recherche opérationnelle pourrait répondre, figure l'accessibilité des services de santé, en particulier au regard de leur coût élevé, dans un contexte de pauvreté croissante dans la Région. En outre, la recherche pourrait contribuer à la compréhension de l'impact négatif des ajustements structurels mis en oeuvre depuis les années 1980 dans le secteur de la santé. Le Directeur régional a déclaré partager le point de vue exprimé par les membres, à savoir qu'une décentralisation non accompagnée d'une allocation de ressources conséquentes risquerait de compromettre le développement du secteur de la santé.

88. Le Secrétariat a fourni des clarifications sur l'utilisation des expressions "degré de corruption" plutôt que "corruption", "systèmes de santé de district" plutôt que "systèmes de santé", et expliqué les implications du rôle d'administration générale du gouvernement dans les États ayant un système fédéral.

89. Le Sous-Comité a approuvé le document amendé et recommandé au Comité régional de prendre note de son contenu.

PAUVRETE ET SANTE : UNE STRATEGIE POUR LA REGION AFRICAINE
(document AFR/RC52/11)

90. Mme E. Anikpo-Ntame, du Secrétariat, a présenté le document.

91. Elle a indiqué que le document a pour objet de donner aux Ministères de la Santé de la Région africaine un aperçu du rôle de la santé dans le développement ainsi que dans la réduction de la pauvreté.

92. Le document donne des informations sur l'incidence et les tendances de la pauvreté dans la Région africaine et clarifie les relations entre pauvreté et mauvaise santé. Il décrit également diverses initiatives prises par le secteur de la santé pour faire reculer la pauvreté.

93. Mme Anikpo-Ntame a mis l'accent sur les objectifs et les principes directeurs de la stratégie régionale ainsi que sur les interventions proposées au sein et en dehors du secteur de la santé. Celles-ci incluent entre autres la production de bases factuelles attestant les relations entre la santé et les autres secteurs, l'extension de la couverture en infrastructures et en services de santé aux zones mal desservies; le renforcement des programmes de vaccinations existants, l'amélioration des services relatifs à l'environnement et à la santé; et enfin, l'amplification des interventions de lutte contre les maladies liées à la pauvreté, telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies de l'enfant.

94. Le document définissait les rôles et responsabilités des différents acteurs, dont l'OMS fournissait une série d'indicateurs de surveillance et d'évaluation conformes à la Politique régionale de la Santé pour tous dans la Région africaine au 21ème siècle et concluait en réaffirmant l'avantage comparatif du secteur de la santé pour aborder les aspects de lutte contre la pauvreté qui sont liés à la santé.

95. Le Sous-Comité a reconnu la pertinence du sujet, dont l'examen vient à point nommé. Les membres ont apprécié les liens existants entre les différents documents de stratégie présentés à la réunion comme une contribution décisive à la réduction de la pauvreté. Par rapport au passé, le sentiment général est que les responsables politiques sont de plus en plus sensibilisés et plus conscients de l'ampleur du problème de la pauvreté et de la nécessité d'une approche multisectorielle pour le résoudre. Le Sous-Comité a souligné la nécessité d'étudier les approches utilisées par les communautés et a recommandé que les résultats de ces études soient utilisés pour formuler des politiques et interventions appropriées.

96. Le Sous-Comité a reconnu que la pauvreté n'était ni homogène par rapport au revenu, à la consommation et à la situation sociale ni également répartie (écart et niveau de pauvreté) et qu'il s'avérait donc nécessaire de concevoir des interventions adaptées aux contextes locaux. Les membres ont insisté sur la nécessité de mettre en place des mécanismes d'affectation des ressources qui tiennent compte des préoccupations des pauvres. En plus de la contribution indirecte du secteur de la santé à la réduction de la pauvreté, que nul ne conteste, il faut souligner sa contribution directe telle que son aptitude à rétablir la capacité de production des individus. Ainsi rétablis dans leurs capacités, les individus pourraient s'assumer dans la lutte contre la pauvreté. Les Membres se sont inquiétés du fait que la mondialisation ait exacerbé la pauvreté en Afrique au cours de la dernière décennie.

97. Le Sous-Comité a fait les propositions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document : a) reformuler les troisième et quatrième phrases du 2^{ème} paragraphe de l'introduction comme suit : *"Malheureusement, ces dernières années, le nombre de pauvres n'a cessé d'augmenter aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines, comme en témoignent la prolifération des habitats précaires dans les villes. Cette situation provoque une détérioration des indicateurs sociaux et de santéSIDA."*; b) au paragraphe 7, ajouter ce qui suit à la fin de la première phrase : *"en prenant en compte la contribution des autres secteurs."*; c) au paragraphe 11, ajouter à la fin de la dernière phrase : *"met l'accent sur la nécessité de cibler les groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants."*; d) au paragraphe 12, reformuler la première phrase comme suit : *"Néanmoins, le secteur santé, bien qu'ayant formulé différentes stratégies (par exemple, la Déclaration d'Alma-Ata, l'Initiative de Bamako), n'a pas encore mis en oeuvre des interventions concrètes visant explicitement la pauvreté."*; e) au paragraphe 15a) 4^{ème} ligne, ajouter les mots ci-après à l'intérieur des parenthèses : *"logement/habitat, assainissement"*; f) au paragraphe 16b), ajouter dans la troisième ligne les mots ci-après à la fin de la phrase : *"et universelle."*; g) au paragraphe 18, à la première ligne, introduire l'idée de la participation des communautés. Dans la version française, la deuxième phrase du paragraphe 18 a été omise; il faut la rajouter et ensuite changer le mot *"national"* par *"communauté"*; h) au paragraphe 19, ajouter au premier alinéa après *"énergie"* les mots *"industries chimiques, habitat"*; i) au deuxième alinéa du paragraphe 19, ajouter après *"d'allocation"* les mots *"et d'utilisation"*; j) au troisième alinéa du même paragraphe, ajouter à la fin les mots *"ainsi que l'amélioration de la production locale de médicaments et de remèdes traditionnels"*; k) au cinquième alinéa du même paragraphe, insérer, *"la gestion des déchets"* après *"la salubrité des aliments"*; l) au paragraphe 19, sixième alinéa, ajouter après *"promotion de la santé"* les mots *"y compris les comportements sains"*, et ajouter après *"prévenir les maladies"* le mot *"prioritaires"*; m) au paragraphe 19, septième alinéa, ajouter après *"le SIDA"* les mots *"et d'autres maladies prioritaires"*; n) au paragraphe 20, troisième ligne, ajouter *"les familles"* après *"les individus"*; o) au paragraphe 22, ajouter

trois nouveaux alinéas comme suit : "d) renforcer les compétences techniques des praticiens communautaires, par exemple accoucheuses traditionnelles, prestataires de soins communautaires; e) documenter les meilleures pratiques autochtones; f) élaborer des indicateurs de performance permettant d'apprécier la contribution de la communauté."; p) au paragraphe 25, remanier le texte pour y inclure les indicateurs de processus et de résultats; q) au paragraphe 27, insérer les dates de la création du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et de l'Union africaine.

98. Le Directeur régional a rappelé que la pauvreté était la racine de tous les problèmes et a vivement insisté sur le fait qu'il appartenait à chacun de s'y attaquer. Il a indiqué que la pauvreté est la maladie No 1 en Afrique et impose par conséquent un changement radical de cap, soutenu par une vision à long terme, une exigence de transparence et de responsabilité. Le défi majeur est de savoir comment mettre en oeuvre avec succès toutes les stratégies adoptées. Il s'est dit préoccupé du fait que l'Afrique est la seule partie du monde en développement où toutes les prévisions indiquent que la pauvreté ira en s'accroissant. Le Directeur régional a félicité les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains pour l'élaboration du NEPAD et a insisté sur la nécessité pour l'Afrique d'en avoir la maîtrise.

99. Le Secrétariat a exprimé sa gratitude au Sous-Comité pour les précieux commentaires et observations formulés, et s'est engagé à les intégrer dans le document révisé. Il a été souligné que les orientations stratégiques passent d'une option manifestement curative à une option résolument préventive et promotionnelle. Malgré l'importance que revêtent le renforcement du potentiel et la protection des groupes vulnérables, le Secrétariat a indiqué que la priorité devait être donnée au renforcement de la capacité des pauvres à se prendre en charge eux-mêmes pour lutter contre la pauvreté.

DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE : ACCELERER LA MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE REGIONALE (document AFR/RC52/13)

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

101. Il a expliqué au Sous-Comité que le document a été préparé en réponse aux préoccupations exprimées par les Etats Membres au cours de la cinquante et unième session du Comité régional. Il fournit des orientations et met l'accent sur les actions prioritaires susceptibles d'entraîner des changements positifs concrets dans le domaine du développement des ressources humaines pour la santé dans la Région.

102. Le Dr Chatora a indiqué que l'introduction, dans ses paragraphes 1 à 5, fait ressortir l'importance des ressources humaines dans les systèmes de santé et rappelle quelques résolutions importantes adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que la résolution AFR/RC48/R3 adoptée par le Comité régional en 1998.

103. L'analyse de la situation énoncée dans les paragraphes 6 à 14 décrit la mise en œuvre de la stratégie régionale et ses effets sur les ressources humaines pour la santé dans la Région. Elle reconnaît que la composante formation avait reçu davantage d'attention que d'autres questions importantes telles que le manque d'approches stratégiques en matière de planification et de formulation de politiques de ressources humaines pour la santé, la migration des personnels, la pénurie croissante d'agents de santé qualifiés et le fossé entre la formation théorique et la pratique des soins de santé.

104. Les paragraphes 15 à 34 présentent les principes directeurs et les actions prioritaires pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie. Les actions prioritaires comprennent la planification et la formulation de politiques en matière de ressources humaines; l'éducation, la formation et le développement des compétences; la gestion des ressources humaines; la gestion de la migration des personnels de santé compétents; le plaidoyer, et l'allocation des ressources.

105. Les paragraphes 35 à 39 définissent les rôles et responsabilités des divers partenaires, y compris de l'OMS, en vue de la réussite de la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des actions prioritaires. En conclusion, le document souligne la nécessité pour les pays de refléter les actions prioritaires dans des plans opérationnels réalistes.

106. Le Sous-Comité s'est félicité de la pertinence et de la cohérence du document. Il a souligné l'importance du développement des ressources humaines dans la Région, question débattue lors de précédentes sessions du Comité régional, à l'occasion de la réunion conjointe des partenaires à Addis Abeba en janvier 2002, et du Sommet de l'Union africaine en juillet 2002. Des propositions ont été formulées, mais leur mise en œuvre n'a pas beaucoup progressé. L'engagement des gouvernements ne s'est pas traduit en actions concrètes.

107. Le Sous-Comité a estimé que les politiques et plans portant sur le développement des ressources humaines pour la santé doivent être conformes aux politiques et plans de santé nationaux qui devront répondre aux besoins spécifiés dans les plans nationaux de développement. Il a été souligné le manque de compétences en gestion des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne l'élaboration des politiques et la gestion des

ressources humaines. Les membres ont recommandé que l'on accorde une attention spéciale à la formation dans ce domaine. Ils ont souligné l'importance de l'appropriation nationale du processus de développement des ressources humaines en y consacrant, entre autres, une ligne budgétaire, au lieu de compter exclusivement sur les ressources extérieures. Etant donné l'importance actuelle de l'exode des cerveaux, les membres ont insisté sur la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles nationales dans le domaine de la formation du personnel, du recrutement, de la rétention et de la motivation du personnel, et de la gestion des ressources humaines.

108. Les membres du Sous-Comité ont proposé ce qui suit pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 4 de l'introduction, à la ligne 2, il a été suggéré d'ajouter après "a été lente" "et n'a pas démarré simultanément" et de remplacer "avec" par "ce qui entraîne";
- b) au paragraphe 16, l'avant-dernière phrase doit se lire comme suit : "Les actions proposées sont la formulation de politiques et de plans en matière de ressources humaines, l'éducation, la formation et le développement des compétences, la gestion des ressources humaines et des mouvements de personnels de santé compétent, le plaidoyer et la mobilisation des ressources"; et après le mot "développement" insérer "appropriés";
- c) reformuler le sous-titre précédent le paragraphe 17 comme suit : "formulation de politiques et de plans en matière de ressources humaines";
- d) au paragraphe 17, à la ligne 6, supprimer "élaborer" et remplacer par "formuler et appliquer";
- e) au paragraphe 23, dernière phrase, remplacer le mot "centres" par "mécanismes";
- f) au paragraphe 27, première phrase, remplacer "du niveau intermédiaire" par "de tous les niveaux";
- g) le Secrétariat doit remanier le paragraphe 32 et la deuxième phrase du paragraphe 34 pour tenir compte des commentaires et suggestions des membres;
- h) supprimer la dernière phrase du paragraphe 41 de la version française;
- i) dans le résumé, paragraphe 3, ligne 3, ajouter "sur les plans quantitatifs et qualitatifs" après "la faiblesse des ressources humaines nationales".

109. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs commentaires utiles. Il a déploré cependant le fait que des progrès substantiels ne soient pas réalisés bien que ces questions aient fait l'objet de préoccupations des Comités régionaux depuis 1996. Il a invité les membres du Sous-Comité à rappeler aux autorités nationales que sans ressources humaines, aucune avancée significative ne peut être obtenue dans le domaine de la santé. Le Directeur régional a insisté sur le fait que des solutions existent mais que les autorités nationales devraient entreprendre des actions plus concrètes afin d'améliorer la situation.

110. Le Secrétariat a fourni des éclaircissements en réponse aux questions soulevées par les membres, et les a assurés que leurs contributions seraient incorporées dans le document révisé.

111. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC52/8)

112. Après examen, discussions et amendements du projet de rapport, le Sous-Comité du Programme l'a adopté.

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

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

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

- a) Budget Programme de l'OMS 2004-2005 (document AFR/RC52/3) :
Professeur Jeanne Diarra-Nama (Présidente)
- b) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9) : Professeur Jeanne Diarra-Nama (Présidente)
- c) Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10) : Dr Ghermai Tesfa Sellasie (Rapporteur)
- d) Pauvreté et santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/11) : Dr Ghermai Tesfa Sellasie (Rapporteur)
- e) Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12) : Dr André Enzanza (Rapporteur)
- f) Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13) : Dr André Enzanza (Rapporteur)

CLOTURE DE LA REUNION

115. Le Professeur Jeanne Diarra-Nama a exprimé sa profonde reconnaissance pour son élection et a remercié les membres du Sous-Comité pour avoir facilité sa tâche. Elle a noté avec satisfaction que la tâche du Sous-Comité avait été accomplie avec succès. Elle a cependant regretté qu'il n'y ait pas davantage de femmes membres du Sous-Comité.

116. La Présidente a informé les membres Sous-Comité que le mandat du Cap-vert, du Tchad, de la République centrafricaine, des Comores, du Congo et de la Côte d'Ivoire avait pris fin en tant que membres du Sous-Comité. Elle a remercié les Représentants de ces pays pour leur contribution aux travaux du Sous-Comité. Ces pays seront remplacés par le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Lesotho et le Libéria.

117. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité pour leur excellent travail et a félicité la Présidente pour la façon exemplaire dont elle a dirigé les travaux. Il a instamment prié les membres du Sous-Comité de sensibiliser les autorités de leurs pays respectifs afin que davantage de femmes soient nommées comme membres du Sous-Comité. Il a ajouté que 52 % de la population africaine est composée de femmes et que celles-ci devraient prendre part au processus de décision pour le développement de l'Afrique.

118. Le Directeur régional a exprimé sa reconnaissance au Président de la République du Congo pour les efforts qu'il a déployés pour soutenir le fonctionnement du Bureau régional à Brazzaville. Il a réitéré que la phase III de sécurité au Congo a été déterminée par le Système de sécurité des Nations Unies à New-York et souligné que l'OMS, en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies, devait se conformer à ces décisions. Le Docteur Samba a précisé qu'étant donné la nécessité qu'il y avait de discuter et d'adopter en temps opportun le Budget 2004 - 2005 pour permettre sa mise en oeuvre, la décision a été prise de trouver un autre lieu pour la tenue du Sous-Comité du Programme et du Comité régional.

119. Le Directeur régional a exprimé ses sincères remerciements au Président, au Gouvernement et au peuple du Zimbabwe pour avoir accepté d'accueillir à Harare cette réunion dont le lieu a été changé au dernier moment.

120. Le Directeur régional a également remercié le Secrétariat ainsi que les interprètes pour l'excellent travail accompli.

121. La Présidente a ensuite déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

**1. ETATS MEMBRES DU
SOUS-COMITE DU PROGRAMME**

CAP-VERT*

Senhor Dr Ildo de Sousa Carvalho
Técnico Superior Principal, do Ministério
de Saúde
Praia

TCHAD

M. Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Planification et
de la Formation
Ministère de la Santé publique
B.P. 674 - Tél. 51.58.17 - Fax : 51.86.48
N'Djaména

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr Gilbert Nzil'koue-Dimanche
Directeur général de la Santé publique et
de la Population
B.P. 883 - Tél. (236) 61.36.12
Bangui

COMORES

Dr Ahamada Msa Mliva
Directeur national de la Santé
B.P. 97
Moroni

REPUBLIQUE DU CONGO

Dr André Enzanza
Conseiller à la Santé du Ministre de
la Santé et de la Population
B.P. 461
Brazzaville

COTE D'IVOIRE

Prof. Jeanne Diarra-Nama
Directeur de l'Institut national de Santé
publique
B.P. V 47 Abidjan
Tél.: (225) 30.22.42.86

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr C. Miaka Mia Bilenge
Secrétaire général
Ministère de la Santé
Kinshasa

GUINEE EQUATORIALE

Dr Salvador Abia Nseng
Directeur de la Santé publique et
de la Planification
Malabo

* N'a pas pu participer.

ERYTHREE

Dr Ghermai Tesfa Sellasie
Head of International Cooperation Office
Ministry of Health
P.O. Box 212 - Fax : 291 - 1 - 12.28.99
Asmara

ETHIOPIE

Dr Girma Azene Chere
Head, Department of Planning and
Programming
Federal Ministry of Health
P.O. Box 1234
Addis Ababa
Tel.: (+251-1) 50 43 65, Fax (251) 51 26 91
E-Mail : moh@telecom.net.et

GABON

Prof. Pierre-André Kombila-Koumba
Directeur général de la Santé
B.P. 861 - Tél. : (241) 70.48.96 -
(241) 26.82.82
Libreville

GAMBIE

Dr Omar Sam
Director of Health Services
Department of State for Health
The Quadrangle
Banjul

2. MEMBRES DU CONSEIL EXECUTIF

Dr Zemui Alemu Tsadik
Director, Primary Health Care Erythrée
Asmara

Dr Girma Azene Chere
Head, Department of Planning and
Programming
Federal Ministry of Health
P.O.. Box 1234, Addis Ababa
Ethiopia
Tel.: (+251-1) 50 43 65, Fax (251) 51 26 91
E-Mail : moh@telecom.net.et

Dr Momo Camara
Secrétaire général du Ministère
de la Santé
B.P. 585 - Conakry
Guinée

3. COMITE CONSULTATIF AFRICAIN POUR LA RECHERCHE ET LE DEVELOP- PEMENT SANITAIRES (CCARDS)

Dr Mohamed Abdullah
Vice-Président
c/o WR, Kenya
Nairobi

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC52/7)
4. Budget Programme 2004-2005 de l'OMS (document AFR/RC52/3)
5. Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9)
6. Salubrité de l'environnement : Une stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10)
7. Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12)
8. Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC52/11)
9. Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13)
10. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC52/8)
11. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
12. Clôture de la réunion

APPENDICE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : MARDI 1 OCTOBRE 2002

1^{ère} Séance :

- | | |
|---------------|--|
| 10h00 - 10h10 | Point 1 de l'ordre du jour : Ouverture de la session par le Directeur régional |
| 10h10 - 10h20 | Point 2 de l'ordre du jour : Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs |
| 10h20 - 10h30 | Point 3 de l'ordre du jour : Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC52/7) |
| 10h30 - 11h00 | Pause-café |
| 11h00 - 12h30 | Point 5 de l'ordre du jour : Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005 (document AFR/RC52/9) |
| 12h30 - 14h00 | Pause-repas |

2^{ème} Séance :

- | | |
|---------------|--|
| 14h00 - 15h30 | Point 6 de l'ordre du jour : Salubrité de l'Environnement : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC52/10) |
| 15h30 - 16h00 | Pause-café |
| 16h00 - 17h00 | Point 7 de l'ordre du jour : Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12) |

2^{EME} JOUR : MERCREDI 2 OCTOBRE 2002

3^{ème} Séance :

- | | |
|---------------|---|
| 09h00 - 10h30 | Point 7 de l'ordre du jour : (suite) |
| 10h30 - 11h00 | Pause-café |

11h00 - 12h30 **Point 8 de l'ordre du jour : Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC52/11)**

12h30 - 14h00 **Pause-repas**

4ème Séance

14h00 - 15h00 **Point 8 de l'ordre du jour : (suite)**

15h00 - 15h30 **Pause-café**

15h30 - 17h00 **Point 9 de l'ordre du jour : Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale (document AFR/RC52/13)**

3^{EME} JOUR : JEUDI 3 OCTOBRE 2002

5ème Séance :

09h00 - 10h30 **Point 4 de l'ordre du jour : Budget Programme 2004-2005 (document AFR/RC52/3)**

10h30 - 11h00 **Pause-café**

11h00 - 12h30 **Point 4 de l'ordre du jour : Budget Programme 2004-2005 (suite)**

12h30 - 14h00 **Pause-repas**

6ème Séance :

14h00 - 15h00 **Point 4 de l'ordre du jour : Budget Programme 2004-2005 (suite)**

15h00 - 15h30 **Pause-café**

15h30 - 17h00 **Point 4 de l'ordre du jour : Budget Programme 2004-2005 (suite)**

18h30 - **Réception**

4^{EME} JOUR : VENDREDI 4 OCTOBRE 2002

7ème Séance :

07h00 - 11h00 **Finalisation du rapport**

11h00 - **Distribution du rapport provisoire**

8ème Séance :

15h30

Points 10, 11 et 12 de l'ordre du jour :

- Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme
- Répartition des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
- Clôture de la réunion

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 1

**L'action du secteur de santé face à la double épidémie
de tuberculose et de VIH/SIDA**

INTRODUCTION

1. Les débats de la Table ronde sur l'Action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et du VIH/SIDA se sont déroulés le 11 octobre 2002. L'objectif de la Table ronde était de recenser les actions clés à mener au niveau régional et à celui des pays pour améliorer et accélérer l'action du secteur de la santé face à cette double épidémie. La Table ronde a été présidée par le Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-être de l'Enfant du Zimbabwe; le Prof. Ahmed Latif du Zimbabwe a joué le rôle de Facilitateur. Environ 80 délégués ont participé aux débats.

POINTS DE DISCUSSION

2. La Table ronde a examiné les points suivants :
- a) Accroissement de l'accès aux médicaments et à la thérapie antirétrovirale très active pour la prise en charge des infections opportunistes et de la tuberculose.
 - b) Amélioration de la capacité en matière de ressources humaines pour la mise en oeuvre d'interventions de lutte contre la double épidémie de tuberculose et de VIH.
 - c) Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose et au VIH/SIDA.
 - d) Politique et programme d'action essentiels pour une approche concertée de la double épidémie.

QUESTIONS SOULEVEES

3. *Accroissement de l'accès aux médicaments et à la thérapie antivectorielle très active pour la prise en charge de la tuberculose, du VIH/SIDA et des infections opportunistes.*

-
- a) Davantage de ressources sont nécessaires pour la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA, en plus des ressources fournies par le Fonds mondial. Des méthodes novatrices de mobilisation devraient être mises en oeuvre pour compléter les ressources disponibles.
 - b) Des achats régionaux devraient être envisagés pour accroître l'accès aux médicaments. La Table ronde a pris note à cet égard des efforts accomplis par la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) dans le domaine des achats groupés de médicaments et d'antirétroviraux.
 - c) Le problème de l'accès aux médicaments devrait être relié à celui des services de diagnostic et de suivi.
 - d) La décentralisation des soins pour rapprocher les services des communautés joue un rôle important en ce qui concerne l'accès aux médicaments.
 - e) L'amélioration de l'accès géographique aux médicaments exige davantage d'attention en ce qui concerne leur production locale.

4. *Amélioration de la capacité en matière de ressources humaines pour la mise en oeuvre d'interventions de lutte contre la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA.*

- a) Il a été jugé nécessaire d'accroître la formation du personnel en matière de conseils et de dépistage volontaires.
- b) Divers cadres devraient être formulés à différents niveaux pour appuyer les services de conseils, de soins à domicile et de traitement en matière de tuberculose et de VIH/SIDA.
- c) Une approche globale et la formation devrait être adoptée pour s'assurer que la tuberculose et le VIH/SIDA sont pris en compte.
- d) Il faudrait réexaminer le problème de la formation des infirmiers brevetés et d'autres cadres subalternes, qui a été suspendue dans certains pays, tout en préservant les possibilités de formation qui existent en faveur de ces cadres.

-
- e) Il faudrait envisager de recourir à des profanes en matière et à des non laborantins pour la prestation des services de conseils et de dépistage volontaires.
 - f) La formation des conseillers devrait être institutionnalisée.
 - g) Il faudrait envisager une stratégie de promotion consistant à privilégier, à valoriser et à reconnaître ses mérites pour tenter de le retenir.

5. *Réduction de la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose et au VIH/SIDA.*

- a) Il est nécessaire d'adopter une stratégie de communication axée sur un changement de comportements afin de s'attaquer aux attitudes négatives affichées à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des tuberculeux.
- b) Une forte participation communicative permettrait de démystifier le VIH/SIDA.
- c) Il serait nécessaire de mobiliser les dirigeants religieux et d'autres membres de la communauté pour s'attaquer au problème de la stigmatisation et de la discrimination.
- d) Il faudrait élaborer une stratégie de communication mettant l'accent sur le rôle de la communauté dans la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.

6. *Politique et programme d'action essentiels pour une approche concertée de la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA.*

- a) Les pays membres devraient examiner diverses options pour améliorer l'accès aux médicaments, y compris le traitement gratuit et le paiement selon les moyens avérés du patient.
- b) Les aspects liés à la nutrition, y compris les micronutriments, devraient être intégrés aux programmes de traitement et de soins relatifs à la tuberculose et au VIH/SIDA.
- c) Il faudrait renforcer les capacités des laboratoires pour qu'ils assurent la surveillance de la résistance aux médicaments.

-
- d) Les pays devraient accélérer la mise en oeuvre des résolutions adoptées par les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains sur la levée des droits et taxes et la révision de la réglementation en ce qui concerne les tarifs applicables aux médicaments et fournitures essentiels pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.
 - e) Il faudrait revoir et harmoniser la réglementation applicable aux Aspects de la propriété intellectuelle relatifs au commerce (ADPIC) et aux questions connexes.
 - f) Le plaidoyer devrait être mené au plus haut niveau pour que la prestation des services relatifs à la tuberculose et au VIH/SIDA soit assurée de façon coordonnée et intégrée.
 - g) Des mécanismes devraient être mis en place pour un partage de l'information et des meilleures pratiques appliquées par les pays qui mettent déjà en oeuvre des programmes intégrés en ce qui concerne la tuberculose et le VIH/SIDA.
 - h) Les pays devraient coordonner l'action du gouvernement et des ONG en ce qui concerne la planification et la mise en oeuvre des interventions relatives à la tuberculose et le VIH/SIDA.

RECOMMANDATIONS

7. *A l'intention des Etats Membres :*

- a) adopter une approche coordonnée et intégrée face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA;
- b) former les personnels de santé pour qu'ils utilisent des approches novatrices et renforcent leur capacité en vue de la prestation de services relatifs à la tuberculose et au VIH/SIDA;
- c) examiner les lois et les brevets et le commerce pour faciliter l'importation et la fabrication locale de produits génériques;
- d) décentraliser les programmes de prévention et de soins aux niveaux du district et de la communauté.

8. *A l'intention de l'OMS :*

- a) élaborer une stratégie régionale assortie de lignes directrices sur la lutte intégrée contre la tuberculose et le VIH/SIDA et la diffuser auprès de tous les pays membres;
- b) promouvoir une approche régionale de la production locale de médicaments et fournitures essentielles;
- c) continuer à apporter un appui technique pour la mise en service des activités relatives à la tuberculose et au VIH/SIDA.

CONCLUSION

9. La Table ronde a reconnu l'importance de la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA et la nécessité de prendre d'urgence une action appropriée. Elle a également reconnu l'importance de la prévention pour s'attaquer à cette double épidémie.

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 2

Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque

INTRODUCTION

1. La Table ronde portant sur le thème "*Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque*" s'est tenue sous la présidence de Mme le Dr Amina Ndalolo, Ministre d'Etat chargé de la Santé du Mali et la co-présidence de Mme le Dr Céline Seignon-Kandissounon, Ministre de la Santé du Bénin. Le Dr Hipolyte Agboton, Professeur de Cardiologie (Bénin) a joué le rôle de facilitateur. Trois rapporteurs ont été élus : le Dr Garba Idris (Nigéria), le Dr Alexandre Manguele (Mozambique) et le Prof. Mohamed Lamine Ba (Mauritanie). Environ 50 participants (dont de nombreux Ministres de la Santé) ont activement animé le débat. Après une brève introduction faite par le Secrétariat et Mme le Dr Amina Ndalolo, un exposé a été fait par le facilitateur.

POINTS DE DISCUSSION

2. *Comment renforcer les capacités des ministères de la santé pour qu'ils jouent leur rôle d'administration générale dans une approche multisectorielle de réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV) ?*

3. Les participants ont convenu des recommandations suivantes :

- a) une unité, une division ou un service de lutte contre les maladies non transmissibles devrait être créé au sein du ministère de la santé;
- b) des politiques et des plans nationaux de surveillance et de lutte contre les MNT en général et les MCV en particulier devraient être formulés et mis en oeuvre, en mettant spécialement l'accent sur la réduction des facteurs de risque;
- c) une approche multisectorielle de prévention des MCV devrait être mise en oeuvre, avec la participation des autres secteurs, sous la conduite des ministères de la santé;

-
- d) il faudrait assurer la formation continue des personnels de santé à la lutte contre les MCV;
 - e) des mesures législatives et réglementaires (y compris des taxes) sont nécessaires pour réduire la consommation de tabac et d'alcool, et financer des programmes de lutte contre les MCV;
 - f) des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) devraient être menées pour permettre aux communautés d'adopter des modes de vie sains.

4. *Comment obtenir des données plus fiables sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans la Région, et comment tirer parti de l'approche par étapes ("STEPS") de l'OMS pour la surveillance des MNT ?*

5. A l'issue des débats, les délégués ont convenu des points ci-après :

- a) les pays membres devraient organiser des enquêtes nationales périodiques en utilisant des instruments tels que l'approche par étapes de l'OMS, qui constitue une méthode de surveillance séquentielle souple et d'un bon rapport coût/efficacité;
- b) l'OMS devrait en outre élaborer et diffuser un logiciel et des lignes directrices standard pour la collecte et la gestion des données;
- c) les pays membres devraient créer une culture institutionnelle de contrôle et de notification systématiques des facteurs de risque des MCV dans toutes les formations sanitaires;
- d) l'OMS devrait aider les pays membres à renforcer leurs capacités nationales de collecte et de gestion des données relatives aux programmes de lutte contre les MNT;
- e) les gouvernements devraient encourager la recherche opérationnelle sur l'incidence des facteurs de risque et des MCV dans les communautés;
- f) les systèmes de surveillance des MNT devraient être intégrés aux systèmes de surveillance des maladies transmissibles existants.

6. *Comment garantir l'existence d'installations de soins de santé et d'agents de santé en quantité suffisante pour relever le défi posé par les MNT en général et les facteurs de risque des MCV en particulier ?*

7. Les principales recommandations formulées à ce sujet par la Table ronde ont été les suivantes :

- a) les gouvernements devraient s'engager à énoncer des lignes directrices appropriées et à intégrer les services de santé existants;
- b) les gouvernements devraient améliorer le fonctionnement des formations sanitaires et les compétences des agents de santé en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge des facteurs de risque;
- c) il faudrait fournir des médicaments aux formations sanitaires à l'intention de ceux qui en ont besoin;
- d) la coopération et la coordination interpays sont indispensables pour la prise en charge des MCV et des cardiopathies rhumatismales;
- e) les pays membres devraient assurer la disponibilité d'un matériel minimum pour l'évaluation des facteurs de risque des MCV au niveau des soins de santé primaires;
- f) il faudrait améliorer l'accessibilité et l'équité des soins de santé par le biais de l'assurance maladie;
- g) il faudrait améliorer le dialogue et la communication systématiques entre les spécialistes et les autres personnels de santé.

8. *Comment assurer une allocation/réaffectation appropriées des ressources pour réduire les facteurs de risque des MCV ?*

9. Chaque pays devrait créer une ligne budgétaire pour les MNT, ligne budgétaire qui devrait tenir compte de l'ampleur du problème au niveau du pays et permettre d'y faire face.

10. *Comment assurer la mise en oeuvre ou le renforcement des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le rhumatisme articulaire et la cardite rhumatismale ?*

11. Outre certaines propositions formulées auparavant, les participants ont convenu des points ci-après :

- a) le rhumatisme articulaire est une maladie infectieuse étroitement liée à la pauvreté et exige par conséquent une attention et des ressources comparables à celles qui sont consacrées aux autres maladies liées à la pauvreté (par exemple par le biais de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés);
- b) la détection et la prise en charge précoces (avec la participation des parents, des enseignants et des personnels de santé) sont nécessaires chez les enfants d'âge scolaire et pré-scolaire.

CONCLUSION

12. L'importance croissante des maladies cardiovasculaires et leurs rapports avec des modes de vie peu favorables à la santé ont été pleinement reconnus. Les participants ont souligné qu'il était possible d'infléchir les tendances actuelles par une réduction des facteurs de risque, stratégie qui est à la fois réalisable et d'un bon rapport coût/efficacité. Les tendances actuelles exigent une amélioration et un accroissement de l'allocation des ressources.

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 3

Financement de la santé

INTRODUCTION

1. La table ronde sur le financement de la santé s'est tenue le 11 octobre 2002, sous la Présidence et la Vice-Présidence de M. Maina Touka Sahawaye, Ministre de la Santé du Tchad, et du Professeur Julius Meme, Chef de la délégation du Kenya; un total de 80 délégués y ont participé.

DISCUSSION

2. Après introduction du sujet par le Dr Chatora, Directeur de la Division des Services et Systèmes de Santé, le Président a situé le contexte et le cadre du débat sur le financement de la santé en Afrique et défini les défis majeurs auxquels le continent africain est confronté, qui en font une question d'une grande actualité. Les facilitateurs de la table ronde ont ensuite donné des explications sur le document d'information reçu par les participants, et plus particulièrement sur l'éventail de questions ci-après :

- a) Comment produire des données fiables sur le financement de la santé dans la Région ?
- b) Existe-t-il un montant minimum à allouer aux dépenses de santé annuellement dans les pays de la Région ?
- c) Comment les Etats Membres peuvent-ils assurer un financement équitable de la santé tout en continuant à accroître la mobilisation de ressources additionnelles ?
- d) Quels mécanismes d'exonération les pays pourraient-ils mettre en place pour améliorer l'accès des pauvres aux services de santé ?
- e) Comment minimiser les paiements directs et optimiser les systèmes de prépaiement ?

f) Comment améliorer l'efficacité et l'efficacité des fonds fournis par les donateurs ?

g) Quels ont été les changements institutionnels entrepris par les pays pour améliorer l'équité et l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des fonds disponibles ?

3. En réponse à ces questions, les délégués ont évoqué les expériences tentées par leurs pays et mis l'accent sur les résultats obtenus au cours de ces dernières années.

4. Plusieurs pays ont souligné la pénurie de données relatives au financement de la santé et le manque de fiabilité des données fournies par les organismes internationaux. Certains pays ont réalisé leurs comptes nationaux de la santé ou sont en voie de le faire, pendant que d'autres ont effectué la revue de leurs dépenses publiques. Les données recueillies sont utilisées pour éclairer le processus de prise de décision.

5. A la question de savoir quel serait le montant minimum à allouer aux dépenses de santé, les délégués ont considéré que celui-ci dépend de la situation spécifique de chaque pays et devra prendre en compte des paramètres tels que la charge de morbidité et l'existence de ressources potentielles et de la capacité de les mobiliser.

6. En ce qui concerne la mise au point de mécanismes d'exonération en faveur des pauvres, les délégués se sont dits convaincus que la gratuité est illusoire dans le contexte actuel des pays et que, d'une manière ou d'une autre, quelqu'un devra payer. Ils ont par ailleurs évoqué les difficultés à surmonter pour identifier les pauvres afin de mieux cibler les interventions. Au nombre des expériences rapportées, figurent la mise en place de programmes de prise en charge des indigents par les collectivités locales et l'utilisation de systèmes d'exonération spécifiques pour des maladies déterminées et pour des prestations particulières s'adressant à certains groupes vulnérables.

7. S'agissant de la maximisation de l'utilisation des fonds obtenus des donateurs opérant dans le secteur de la santé, des expériences intéressantes ont été rapportées, telles que la mise en place de fonds communs dans le cadre des approches sectorielles. Cependant, dans de nombreux cas, les partenaires au développement sanitaire se heurtent à des difficultés pour inscrire leurs interventions dans les priorités nationales et se conformer aux exigences des politiques nationales. Les délégués ont également mentionné la question des dons d'équipements non appropriés qui induisent des coûts récurrents très élevés.

8. Au sujet de la mise en place de programmes permettant de réduire les paiements directs, les participants ont exprimé des inquiétudes sur les effets des systèmes de recouvrement des coûts qui entraînent parfois une diminution de l'utilisation des services. De tels systèmes constituent cependant, pour plusieurs pays, un moyen de compléter ou de suppléer les ressources publiques qui se sont amenuisées au cours de ces dernières années.

9. Les participants ont également exprimé leur préoccupation à propos de la mise en place de mécanismes d'assurance sociale ou de sécurité sociale, et du passage à plus grande échelle des expériences sur les mutuelles de santé. Ils ont également appréhendé la complexité de la tâche et ont déclaré être conscients que des appuis devront être sollicités pour entreprendre les réformes nécessaires.

10. Dans le cadre de l'amélioration de l'équité et de l'efficacité en ce qui concerne l'allocation et l'utilisation des ressources financières, les délégués se sont dits préoccupés par la lenteur de la mise en place des budgets de l'Etat et les écarts entre fonds budgétisés et fonds alloués. Ils ont insisté sur la nécessité de mieux cibler les dépenses en faveur des groupes vulnérables, de maximiser l'utilisation des fonds en choisissant des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et qui sont accessibles aux populations vivant dans les zones périphériques. Ils ont suggéré que des arrangements contractuels soient conclus à ce sujet avec le secteur privé et les ONG pour certaines prestations.

LEÇONS APPRISSES

11. Dans la plupart des pays, l'Etat constitue le principal bailleur de fonds pour le financement de la santé, grâce aux impôts et taxes qu'il perçoit.

12. La participation des communautés au financement, promue dans le cadre de l'Initiative de Bamako, a permis de mobiliser des ressources non négligeables pour financer la santé. Cependant, la pauvreté généralisée limite les possibilités de contribution de cette tranche de la population et exige que l'on réfléchisse sur les moyens d'améliorer cette contribution.

13. Les pays ont besoin de mieux comprendre le processus de financement pour s'inscrire dans une démarche de planification budgétaire et d'utilisation rationnelle des fonds.

14. La forte prévalence de la pauvreté et l'augmentation de maladies telles que le VIH/SIDA sont des facteurs majeurs qui influencent le niveau de financement.

15. De nombreuses initiatives en faveur de la santé lancées au cours de ces dernières années sont à ce jour insuffisamment exploitées, alors qu'elles permettraient de mobiliser des ressources importantes pour financer des actions dans le domaine de la santé.

RECOMMANDATIONS

A l'attention des Etats Membres

16. La table ronde a recommandé aux Etats Membres :

- a) d'accorder une attention particulière à la production de données sur le financement de la santé en ayant recours, autant que possible, à des équipes multidisciplinaires;
- b) de tirer le maximum de profit de nouvelles initiatives (telles que PPTE, GAVI, Fonds pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, etc.) et mobiliser un maximum de ressources pour financer des actions en faveur des plus démunis;
- c) de considérer les paniers communs dans le cadre des approches sectorielles, comme une approche permettant d'améliorer le financement du secteur de la santé, en veillant tout particulièrement à recourir aux capacités nationales existantes pour mobiliser et gérer ces fonds au profit des groupes vulnérables et des services de santé périphériques (districts sanitaires);
- d) de mettre en place des mécanismes de suivi des financements assortis d'indicateurs appropriés, y compris des comptes nationaux de la santé;
- e) d'entreprendre des études en vue d'obtenir une catégorisation des pauvres et des indigents pour mieux cibler les interventions.

A l'attention de l'OMS

17. Il est demandé à l'OMS :

- a) de fournir un appui aux Etats Membres pour faciliter le processus de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation des systèmes d'assurance sociale et d'élaborer des guides appropriés à cet effet;

- b) d'organiser dans les meilleurs délais une réunion d'experts sur le financement de la santé pour identifier les approches les mieux adaptées au contexte des pays de la Région; à cette réunion devront être représentées des institutions de financement telles que la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et la Banque africaine de Développement.

**RAPPORT DE LA SEANCE D'INFORMATION SUR
LA COMPOSANTE SANTE DU NOUVEAU PARTENARIAT POUR
LE DEVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE (NEPAD)**

INTRODUCTION

1. Le Président de la séance d'information a souligné l'importance du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) sous l'angle du développement sanitaire du continent et indiqué que les Ministres de la Santé avaient un rôle à jouer dans sa mise en œuvre. Le lien entre la santé et le développement est bien connu et a été mis en exergue tout au long des travaux de la cinquante-deuxième session du Comité régional. Le Président a exhorté les Ministres de la Santé et les délégués à contribuer de façon constructive au débat sur la composante santé du NEPAD.

Remarques du Directeur régional

2. Le Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, a fait savoir aux participants qu'à l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2002, les Chefs d'Etat avaient déclaré que le NEPAD était une initiative *des Africains pour les Africains* et avaient souligné la nécessité de mettre en place des partenariats pour le développement du continent. Ils avaient à cette occasion exprimé leur appui sans réserve en faveur de la nouvelle initiative.

3. Le Dr Samba a précisé que dans sa propre intervention sur le NEPAD, il avait appelé l'attention sur la difficulté de mettre en place des partenariats pour la mise en œuvre de nombreux programmes et initiatives. Il a défini le partenariat comme un concept fondé sur le respect mutuel entre des pays et des partenaires œuvrant ensemble pour la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et a affirmé que la mise en place de tels partenariats est une tâche de longue haleine mais très payante. Il a par conséquent souligné qu'aucun pays ne pouvait mener le NEPAD à lui tout seul.

4. Le Directeur régional a fait savoir aux Ministres de la Santé et aux délégués que le Bureau régional de l'OMS : a) apportera son concours à l'organisation de séminaires pour permettre au personnel de l'OMS d'aider les gouvernements à informer les parties prenantes des projets du NEPAD, et b) œuvrera avec les Représentants de l'OMS dans les

pays pour rassembler tous les autres partenaires de la santé sur une plate-forme commune. Il a conclu en affirmant que chacun avait un rôle à jouer dans la mise en œuvre du NEPAD.

5. Le Dr S. S. Mokoena, Directeur général adjoint du Comité d'orientation du NEPAD, a présenté l'initiative et a expliqué sa conception, son évolution, sa vision, ses objectifs et sa stratégie. Il a indiqué que la conception du volet santé du NEPAD avait été motivée par le fait que le développement humain était l'une des victimes de la pauvreté, de l'exclusion sociale, de la marginalisation et de l'absence de développement durable en Afrique. Il a souligné que les problèmes de santé que connaît l'Afrique sont liés à ce contexte et a expliqué les avantages sanitaires qu'on pouvait tirer d'une vaste stratégie de développement humain. Il a rappelé la longue série de réunions tenues à l'échelle mondiale et régionale qui avaient abouti au NEPAD, ainsi que l'accueil positif qui a été réservé à cette initiative. Il a expliqué que la plupart des efforts déployés au plan mondial en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre du NEPAD avaient été axés sur les pays du G8 et de l'Union européenne (UE), car 90 % des fonds du NEPAD provenaient de l'aide étrangère au développement. Il a conclu en soulignant le rôle marquant joué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, qui a collaboré avec le Secrétariat du NEPAD pour l'élaboration et la promotion du volet santé de cette initiative.

Présentation de la composante santé du NEPAD

6. Le Professeur Eric Buch du Secrétariat du NEPAD a présenté en détail le volet santé du NEPAD. Il a déclaré que l'Afrique n'arrivait pas à réaliser ses objectifs à cause d'un certain nombre de raisons : persistance de la pauvreté, marginalisation et déplacements de populations, programmes de lutte inadéquats face à l'ampleur des problèmes de santé, services de santé incapables d'entraîner une réduction de la morbidité, carences en matière de développement des systèmes de santé, habilitation inadéquate des populations pour leur permettre d'améliorer leur propre santé, et répartition inéquitable des avantages tirés du développement.

DISCUSSIONS

7. Les délégués ont félicité le Secrétariat du NEPAD pour cet exposé détaillé et reconnu que le NEPAD était la première initiative menée par les Africains pour s'attaquer aux problèmes prioritaires du continent. Ils ont aussi félicité le Bureau régional pour avoir inscrit au programme de la session du Comité régional un débat sur le NEPAD et pour le

rôle qu'il a joué en collaborant avec le Secrétariat du NEPAD à l'élaboration du volet santé de l'initiative. Ils ont exhorté les Etats Membres à participer pleinement aux activités du NEPAD.

8. Les délégués ont demandé des précisions sur le calendrier de mise en œuvre de la stratégie, les processus de cette mise en œuvre, les sources de financement et les perspectives d'utilisation des structures existantes. Ils ont également demandé des clarifications sur le lien entre le NEPAD, l'Union africaine et les programmes de santé actuellement mis en œuvre sur le continent.

9. Ils ont vivement encouragé le Secrétariat du NEPAD à utiliser les structures existantes pour la mise en œuvre de la stratégie et ont estimé que l'OMS devait être l'un des principaux partenaires du NEPAD à cause de ses atouts en ce qui concerne les aspects sanitaires de la stratégie. Ils ont également proposé que le Conseil africain pour le développement sanitaire durable collabore à cette initiative.

10. Les délégués ont proposé que la stratégie mette l'accent sur le rôle des communautés et encourage leur participation active à son élaboration, à sa mise en œuvre et à son évaluation au niveau des pays, étant donné que le volet sanitaire du NEPAD ne peut pas réussir sans leur coopération. La stratégie devrait par conséquent définir une approche favorisant la participation des communautés.

11. La stratégie n'abordait pas les questions relatives à l'hygiène du milieu, bien que le rôle de celle-ci dans la santé et le développement ait été évoqué dans l'analyse de situation. Il était également important d'inclure dans la stratégie les questions liées à la prévention et à la lutte contre les maladies.

12. Les délégués ont exprimé leur préoccupation par rapport à la déclaration faite dans le document au sujet de l'absence de recherches sur le VIH/SIDA. Ils ont fait observer que quelques travaux de recherche étaient menés par les pays, en collaboration avec des partenaires. Il fallait donc corriger cette déclaration. Ils ont encouragé le Secrétariat du NEPAD à faire un inventaire de la recherche en cours en Afrique et à en faire une analyse appropriée.

13. Les délégués ont estimé que l'organisation d'une vigoureuse campagne de sensibilisation à tous les niveaux méritait une attention particulière. Ils ont également jugé indispensable la diffusion d'informations sur le NEPAD et l'institutionnalisation de cette initiative aux niveaux régional, national et local, y compris les activités devant être menées

avec la participation des communautés. Certains délégués se sont dits préoccupés par le fait que le plaidoyer au sujet du NEPAD était resté jusque-là essentiellement au niveau des Chefs d'Etat et des Ministres, et n'avait pas encore touché les niveaux opérationnels.

14. Les délégués ont relevé que la stratégie sanitaire du NEPAD avait une vocation régionale et qu'il était donc nécessaire de la traduire en stratégies sous-régionales et nationales pour sa mise en œuvre, afin de tenir compte des spécificités locales. Ils ont sollicité un appui à cet effet.

15. Le Secrétariat du NEPAD a répondu de la manière suivante aux questions posées et aux préoccupations exprimées par les délégués :

- a) Les points proposés comme devant être inclus dans la stratégie étaient très importants et allaient être pris en compte. Le Secrétariat avait déjà reçu du Bureau régional de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'autres partenaires, un certain nombre de commentaires qui seront pris en compte lors de la révision de la stratégie.
- b) S'agissant du financement des activités du NEPAD, le Secrétariat a rappelé que la campagne de mobilisation des fonds se poursuivait. Comme cela avait été indiqué dans le document, les pays devront manifester leur attachement au NEPAD en fournissant davantage de fonds, malgré la modicité de leurs moyens financiers, qui est connue de tous.
- c) Des précisions ont été données sur les liens entre le NEPAD, l'Union africaine, l'OMS et d'autres partenaires. Mais il a également été conseillé aux délégués de se référer au document principal pour plus de détails.

**RAPPORT DE LA SEANCE D'INFORMATION
SUR LE FONDS MONDIAL POUR LA LUTE CONTRE LE SIDA,
LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME**

INTRODUCTION

1. Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé afin d'attirer, de contrôler et de décaisser des ressources supplémentaires grâce à un nouveau partenariat entre le secteur public et le secteur privé appelé à contribuer de manière durable et significative à une réduction des infections, des maladies et des décès, à atténuer ainsi l'impact du SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les pays démunis, et à réduire la pauvreté dans le cadre des objectifs de développement du millénaire.

2. L'OMS a aidé les pays à élaborer la première et la deuxième séries de propositions devant être soumises en vue d'un financement par le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Cet appui se poursuivra au cours des séries ultérieures, conformément à la résolution adoptée par les Ministres africains de la Santé à l'Assemblée mondiale de la Santé. Les pays dont les propositions ont été approuvées lors de la première série recevront bientôt les premières tranches du crédit qui leur a été accordé. Mais les financements ultérieurs seront subordonnés à la mise en oeuvre correcte des interventions contenues dans les propositions. En raison de son expérience et de son expertise technique en matière de mise en oeuvre de programmes dans le secteur de la santé, l'OMS jouera un rôle déterminant dans l'appui apporté aux pays pour la mise en oeuvre des propositions, afin que ceux-ci puissent continuer à bénéficier d'un financement du Fonds.

3. Lors de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, les Ministres africains de la Santé avaient demandé qu'un rapport d'activité soit soumis à la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur le Fonds mondial. Ce rapport d'activité devait aborder les diverses questions soulevées par les Ministres dans la déclaration qu'ils avaient adoptée à ce sujet pendant la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

4. A la lumière de ce qui précède, il a été jugé nécessaire de tenir une séance spéciale sur le Fonds mondial à l'occasion de la cinquante-deuxième session du Comité régional pour informer les Ministres de l'appui apporté par l'OMS aux pays lors de la

préparation des propositions soumises au Fonds mondial, et pour permettre au Secrétariat du Fonds de présenter un rapport de situation fournissant des informations à jour sur les arrangements fiduciaires proposés pour la gestion du Fonds.

OBJECTIF

5. L'objectif de la séance était de permettre aux Etats Membres de mieux comprendre la nature et le fonctionnement du Fonds mondial, ainsi que le rôle du Bureau régional de l'OMS en ce qui concerne l'appui à fournir aux pays.

RESULTATS ESCOMPTES

6. La séance spéciale devait atteindre les résultats suivants :

- a) mise au courant des Etats Membres sur le rôle d'appui aux pays joué par le Bureau régional de l'OMS;
- b) mise au courant des Etats Membres sur la mise en oeuvre du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme;
- c) clarifications sur les critères d'éligibilité et de participation des Etats Membres aux réunions du Conseil et aux groupes de travail;
- d) clarifications au sujet des arrangements fiduciaires relatifs au Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

DEROULEMENT DES TRAVAUX

7. La séance à été présidée par M. le Ministre de la Santé du Cameroun après un exposé introductif du Dr E. M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

Exposé du Dr A. B. Kaboré, Directeur de la Division de la lutte contre les maladies transmissibles

8. Le Dr Kaboré a déclaré que le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est un instrument financier qui offre une réelle occasion de renforcer les systèmes de santé et d'accélérer les interventions de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds a fourni aux pays des ressources financières considérables. Pendant la première série, l'OMS a aidé les pays à préparer

des propositions, qui ont permis au Fonds d'allouer à 18 pays d'Afrique un financement total de US \$346 millions pour deux ans. Sur ce montant, US \$198 millions étaient destinés aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, US \$47 millions étaient consacrés au paludisme, US \$41 millions à la tuberculose et US \$60 millions aux actions de lutte intégrée contre le VIH et la tuberculose. Ces fonds ont apporté des ressources supplémentaires pour la planification des activités de lutte contre ces maladies.

9. L'OMS a apporté un appui particulier dans les domaines suivants :

- a) Partage et diffusion d'informations sur le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme afin de tenir toutes les personnes concernées au courant de toutes les questions relatives au Fonds. Le Bureau régional a informé les Représentants de l'OMS dans les pays des avis demandant la soumission de propositions et des dates limites fixées à cet effet.
- b) Tenue d'une consultation inter-pays pour informer et sensibiliser les participants venus des pays, le personnel de l'OMS travaillant dans les programmes régionaux de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA, ainsi que les consultants éventuels sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Cette réunion a également permis aux participants de procéder à un partage de données d'expérience sur la première série de propositions soumises au Fonds mondial. Les recommandations de cette réunion avaient contribué à une révision des directives du Fonds, qui ont été utilisées pour le deuxième cycle.
- d) Apport d'une assistance technique et financière directe aux pays pendant le premier cycle. Cet appui direct aux pays a pris la forme d'un soutien technique fourni par le personnel du Bureau régional et des bureaux de pays, ainsi que de consultants recrutés hors de l'OMS pour apporter une assistance spécifique. Un concours financier a également été fourni dans certains cas pour couvrir les coûts locaux relatifs à l'élaboration des propositions à l'intérieur du pays. Cet appui direct aux pays s'est poursuivi pour les aider à respecter la date limite du 27 septembre, fixée pour la soumission de la deuxième série de propositions.
- e) Apport d'un appui technique aux pays lors de la première et de la deuxième séries de propositions par l'examen de celles-ci et la préparation de commentaires pour en améliorer la qualité.

10. Cet appui a exigé beaucoup de ressources financières et de temps à l'OMS mais doit se poursuivre au cours des prochaines séries de propositions et pour la mise en oeuvre des propositions approuvées.

Exposé du Dr M. Lavollay du Secrétariat du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

La tuberculose et le paludisme

11. L'exposé présenté par le Secrétariat du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a porté sur les points suivants :

Subventions approuvées lors de la première série

12. Lors de la première série de propositions soumises au Fonds mondial, un montant total de US \$616 millions avait été approuvé au profit de 37 pays. Des programmes à long terme avaient été approuvés pour un montant de US \$1,6 milliard sur cinq ans, mais des financements n'avaient été engagés que pour deux ans. Le plan de décaissement au titre de la première série était en cours, et les pays de la 1^{re} catégorie avaient pratiquement achevé la rédaction des éclaircissements demandés par le comité d'étude technique (CET). Dix pays de la 2^{me} catégorie devaient encore fournir des éclaircissements au CET. Le Secrétariat du Fonds mondial devait commencer à préparer les négociations pour l'octroi de crédits aux premiers candidats retenus, d'ici quelques semaines. La première étape consistait à trouver les principaux partenaires fiduciaires au niveau du pays, à savoir, le bénéficiaire principal (BP) et l'agent local du fonds (ALF). Parallèlement aux préparatifs de la négociation pour l'octroi des crédits, le Secrétariat allait s'employer à définir le mécanisme de décaissement, les modalités de soumission des rapports et d'autres éléments clés des dispositions fiduciaires en vue de la première série.

Le bénéficiaire principal (BP) et l'agent local du fonds (ALF)

13. Pour mener à bien les projets, le Fonds mondial s'appuiera sur des partenaires regroupés au sein des mécanismes nationaux de coordination (MNC). Etant donné que le MNC ne constitue pas lui-même une personne morale, il devra désigner en son sein un ou plusieurs bénéficiaires principaux qui seront comptables et responsables de la mise en oeuvre des propositions approuvées devant le Fonds. Environ deux tiers des candidats retenus avaient déjà désigné un ou plusieurs bénéficiaires principaux. La

plupart d'entre eux avaient désigné à cet effet le ministère de la santé ou d'autres organes du secteur public tels que le ministère des finances.

14. En application des décisions adoptées par le Conseil du Fonds mondial en avril, et compte tenu de la nécessité d'accélérer le déblocage des crédits, le Secrétariat du Fonds mondial s'était efforcé d'identifier les agents locaux du Fonds (ALF) qui devraient servir de représentants du Fonds au niveau des pays. Jusque-là, le Secrétariat avait approuvé Price Water House Coopers, KPMG et Crown Agents comme agents locaux du Fonds. Le consensus général était que la plupart des institutions des Nations Unies étaient mieux placées pour appuyer les mécanismes nationaux de coordination et les bénéficiaires principaux que pour servir d'agents locaux du Fonds.

Décaissement des fonds

15. Le Fonds mondial est un instrument financier et non un agent d'exécution; il accordera des financements sur la base des résultats acquis et décaissera progressivement les fonds en fonction de la performance du pays ou du candidat. Ce financement fondé sur des résultats sera caractérisé par le déblocage rapide de crédits en faveur des bénéficiaires. Le premier acompte sera versé sur la base des besoins initiaux des programmes, qui pourront s'élever à environ un tiers des besoins financiers au titre de la première année. Les décaissements ultérieurs des fonds souscrits au titre de la période biennale dépendront des principales échéances des programmes et des besoins financiers y afférents d'une part, et des rapports d'activité programmatiques et financiers, d'autre part. A l'issue de cette période de deux ans, les décaissements seront subordonnés aux indicateurs d'évaluation en ce qui concerne l'impact et les résultats tangibles des projets.

16. Les principales étapes à franchir avant le versement de la première tranche de financement pour les propositions approuvées sont les suivantes :

- a) fourniture par le MNC des données supplémentaires exigées par le CET;
- b) désignation du (des) bénéficiaire(s) principal (principaux) par le MNC et de l'ALF par le Fonds mondial;
- c) évaluation par le Secrétariat et l'agent local du Fonds, en collaboration avec d'autres partenaires, de la gestion financière et programmatique, ainsi que des systèmes d'approvisionnement et de suivi et évaluation mis en place par les bénéficiaires principaux;

-
- d) élaboration, le cas échéant, d'un programme et d'un budget détaillés pour la mise en œuvre du projet, par le Secrétariat du Fonds, les bénéficiaires principaux, l'Agent local du Fonds et les autres partenaires;
 - e) négociation et signature d'un accord de crédit par le Secrétariat du Fonds, les bénéficiaires principaux et l'Agent local du Fonds;
 - f) transfert de la première tranche de crédits par la Banque mondiale qui en est l'administrateur.

Points de discussion

Montant du financement disponible au Fonds mondial

17. Les délégués ont demandé quel était le montant des ressources disponibles au Fonds mondial. Il a été précisé que les engagements se chiffraient à un total d'environ US \$1,6 milliard, montant qui correspondait à peu près aux besoins des programmes approuvés pour cinq ans. Le montant actuellement disponible au Secrétariat du Fonds mondial suffit pour couvrir les engagements en cours. Les Fonds se développera s'il peut démontrer sa capacité à déboursier les crédits et si les pays peuvent utiliser efficacement ces crédits.

Coût d'élaboration des propositions

18. L'élaboration des propositions à soumettre au Fonds mondial est une opération coûteuse. Les délégués ont donc demandé si le Fonds mondial peut financer cette opération. Il leur a été répondu qu'en l'état actuel des règles de fonctionnement du Fonds, celui-ci ne peut pas apporter un tel appui.

Critères d'approbation des propositions

19. Les délégués ont remis en question les critères d'approbation des propositions, qui exigent que la priorité soit accordée aux pays ayant le fardeau de morbidité le plus lourd si on veut que le Fonds atteigne son objectif.

Agents locaux du Fonds (ALF)

20. Les délégués ont posé plusieurs questions au sujet des ALF. Ils ont par exemple demandé qui payait les ALF, quel pourcentage de crédits provenant du Fonds serait consacré à cet effet et si ces crédits devaient être prélevés sur le programme approuvé pour le pays. Ils ont par ailleurs exprimé des doutes sur la capacité des ALF à évaluer les aspects programmatiques des propositions. Les éclaircissements fournis sur les ALF se sont avérés insatisfaisants; un complément d'information a donc été jugé indispensable de la part du Secrétariat du Fonds pour permettre aux délégués d'en avoir le cœur net sur les modalités de paiement des ALF et leur capacité de mener une évaluation programmatique des propositions approuvées.

Procédure d'approbation des propositions

21. Les délégués ont exprimé de graves inquiétudes au sujet de la longue procédure allant de la soumission des propositions à leur approbation et ensuite au déblocage des fonds. En raison de ce long processus, aucune des propositions approuvées au titre de la première série en avril de cette année n'a obtenu le financement attendu. La nécessité d'un déblocage urgent des fonds avait donc été perdue de vue, de sorte que le Fonds mondial ne répondait plus à l'une des exigences fondamentales qui avaient dicté sa création, à savoir, trouver un moyen simple et rapide de débloquer des fonds. Les délégués ont recommandé que ce processus laborieux soit simplifié en s'inspirant des procédures appliquées par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

Financement des ONG

22. Les délégués ont demandé davantage de précisions sur le financement des propositions soumises par les ONG et si celles-ci ne pouvaient plus être financées que par l'entremise du mécanisme national de coordination. Les éclaircissements fournis au cours de la séance d'information ne semblent pas avoir pleinement satisfait les délégués.

Rôle des Ministres de la Santé

23. En raison du rôle d'administration générale qui incombe aux ministères de la santé, les délégués ont estimé que les Ministres de la Santé devaient prendre une part plus active au Conseil du Fonds mondial. Cette question exigeait également davantage de précisions.

CONCLUSION

24. Les délégués ont remercié le Bureau régional de l'OMS d'avoir organisé une séance spéciale sur le Fonds mondial pour apporter davantage de précisions sur la nature et le fonctionnement du Fonds. Ils se sont félicités de l'appui que le Bureau régional avait fourni et continuerait à fournir aux pays pour l'élaboration des propositions et pour la mise en œuvre de celles qui sont financées par le Fonds mondial. La séance a permis de clarifier certaines questions mais certaines autres questions demandent encore davantage de précisions. L'OMS demandera donc ces éclaircissements au Fonds mondial et les transmettra ensuite aux délégués.

**ALLOCUTION DE BIENVENUE DU DR DAVID PARIRENYATWA,
MINISTRE DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE L'ENFANT DU ZIMBABWE**

Excellence Monsieur le Président de la République du Zimbabwe, Camarade Robert Gabriel Mugabe,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé et autres Ministres,
Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Chers invités,
Mesdames et Messieurs,

Au nom de mes collègues Ministres de la Santé, des Chefs de délégation et en celui de l'OMS, je voudrais souhaiter la bienvenue à Son Excellence le Camarade Robert Gabriel Mugabe, Président de la République du Zimbabwe, qui a bien voulu procéder à l'ouverture officielle de la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

C'est pour moi un plaisir et un honneur de vous accueillir à cette cinquante-deuxième session du Comité régional de l'Afrique qui se tient à Harare et de vous souhaiter un agréable séjour au Zimbabwe.

Nous avons travaillé d'arrache-pied, en étroite collaboration avec les responsables du Bureau régional de l'OMS et du bureau de l'OMS dans notre pays, pour garantir le succès de cette rencontre. Toutes les trois parties concernées sont à votre disposition pour rendre votre séjour aussi agréable que possible dans notre pays.

Nous nous réjouissons également de constater que Madame le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, qui est venue à Harare il y a quelques jours pour préparer le Sommet mondial pour le développement durable, est de nouveau parmi nous; ceci démontre à n'en point douter tout l'intérêt qu'elle porte aux problèmes et aux défis que connaît la Région africaine. Je vous souhaite la bienvenue, Madame le Directeur général.

Comme vous le savez, le Comité régional avait décidé au cours de sa cinquante et unième session tenue à Brazzaville (République du Congo) du 27 août au 1er septembre 2001, de tenir sa cinquante-deuxième session en République du Congo. Pour des raisons

indépendantes de la volonté des organisateurs, il n'a pas été possible de tenir cette réunion au Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville. Si les conditions le permettent, nous souhaitons que la prochaine réunion se tienne en République du Congo.

Ceci dit, j'espère que la présente réunion abordera de front les défis qui se posent à nos pays et proposera des interventions concrètes. Ces interventions devront être de nature à améliorer la performance de nos systèmes de santé et, au bout du compte, la qualité de vie de nos populations.

Je voudrais à nouveau rendre hommage à tous ceux qui ont participé à l'organisation de cette réunion ou qui nous y ont aidés. J'espère que les dispositions techniques, administratives et pratiques prises à cet effet vous paraîtront satisfaisantes et propres à favoriser le succès de cette réunion.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DE L'AMBASSADEUR MAHAMAT H. DOUTOUM,
COMMISSAIRE PAR INTERIM, AFFAIRES SOCIALES,
DIRECTION DE LA COOPÉRATION AFRO-ARABE,
UNION AFRICAINE**

Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur d'être invité à faire un bref discours au nom du Président par intérim de l'Union africaine qui n'a pas pu participer personnellement à cette réunion à cause d'autres engagements pressants.

Je voudrais remercier le Chef de l'Etat, le Gouvernement et le peuple de la République du Zimbabwe d'avoir bien voulu accueillir cette réunion. L'Union africaine exprime également son appréciation au Directeur régional pour l'excellent travail qu'il a accompli en renforçant le rôle du Bureau régional de l'OMS et la prise en charge des maladies dans notre Région.

Comme vous le savez probablement, l'OMS a été la première institution des Nations Unies à signer un accord de coopération avec l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) en 1969. Depuis lors, la collaboration entre les deux organisations n'a cessé de se renforcer et de s'intensifier au fil des ans.

Cette collaboration a mis à profit les avantages réciproques des deux organisations, en application de leurs mandats respectifs. L'OUA s'est attachée de son côté à mener une action de persuasion et de sensibilisation auprès des décideurs des Etats Membres pour leur permettre de saisir l'importance de la santé dans le développement socio-économique; l'OMS, quant à elle, a travaillé avec les Etats Membres pour la mise en oeuvre des politiques de santé.

C'est dans ce contexte que la Conférence des Ministres africains de la Santé (CMAS) a été instituée comme une rencontre annuelle. En 1991, la CMAS a décidé que cette rencontre allait désormais avoir lieu tous les quatre ans. La dernière de ces rencontres, qui sont placées sous l'égide conjointe de l'OUA et de l'OMS, a eu lieu au Caire (Egypte) en octobre 1999.

Il importe de souligner que la CMAS a joué un rôle déterminant dans la définition des priorités sanitaires du continent. Le rapport de la CMAS est souvent soumis au Conseil des Ministres pour approbation avant d'être présenté au Sommet de l'Union africaine. Par conséquent, la plupart des Déclarations adoptées par le Sommet des Chefs d'Etat sur la santé émanent en grande partie des travaux de la Conférence des Ministres africains de la Santé.

En plus de la CMAS qui se tient tous les quatre ans, les Ministres tiennent des réunions extraordinaires en cas d'urgence sanitaire. Les sessions annuelles du Comité régional de l'OMS offrent également aux Ministres l'occasion de partager leurs expériences et d'examiner les mesures à prendre dans le domaine du développement sanitaire. Les résultats de ces réunions annuelles du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sont ensuite examinés au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Monsieur le Président, l'Union africaine recommande qu'un mécanisme soit mis en place pour que les aspects pertinents des travaux du Comité régional soient également examinés au cours des réunions annuelles de la Commission de l'Union africaine.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

La collaboration entre l'Organisation de l'Unité africaine et l'OMS couvre divers domaines tels que des questions techniques, le développement des ressources humaines et des questions financières. La planification et l'organisation du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes ont été l'aboutissement d'une longue et intense concertation avec l'OMS en particulier, et avec d'autres institutions des Nations Unies. Leur soutien technique et financier a été déterminant pour le succès de ce Sommet. Cette collaboration se poursuit en outre pour le suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration et du plan d'action d'Abuja.

Le Sommet africain a permis d'intensifier la collaboration dans d'autres domaines. A cet égard, l'Union africaine tient à exprimer ses vifs remerciements à l'OMS pour son assistance dans les domaines suivants :

- élaboration du plan d'action d'Abuja;
- conception du mécanisme pour le suivi et la soumission des rapports sur la mise en oeuvre du plan d'action d'Abuja;
- élaboration de lignes directrices sur l'utilisation du mécanisme par les Etats Membres.

La Déclaration d'Abuja demandait au Secrétaire général de l'OUA de créer au Siège de l'OUA, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA, une unité chargée de suivre au jour le jour la mise en oeuvre des conclusions du Sommet d'Abuja.

J'ai le plaisir de vous faire savoir que l'OMS a recruté un consultant qui a travaillé avec le personnel compétent de l'Union africaine pour élaborer un projet destiné à renforcer la composante sanitaire de la Commission de l'Union africaine.

Ce projet est prêt et le consultant est sur le point d'achever l'intégration des commentaires de l'Union africaine. Il sera alors envoyé à l'OMS, à l'UNICEF et à l'ONUSIDA pour examen et observations sur la date à laquelle l'Unité pourra être créée. Cette Unité aura pour but essentiel de promouvoir la collaboration avec les Etats Membres pour faire en sorte que la mise en oeuvre de la Déclaration et du Plan d'action d'Abuja répondent aux attentes du Sommet.

Les autres principaux domaines de collaboration sont les suivants concernant notamment le Sommet d'Abuja sur Faire reculer le paludisme et le plaidoyer constant auprès des décideurs en vue de la mise en oeuvre du Plan d'action.

Les idées ont évolué depuis le Sommet d'Abuja et on parle désormais du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Car l'Union africaine considère que ces trois maladies représentent un fort pourcentage du fardeau de la maladie en Afrique et doivent donc être combattues simultanément afin de réduire leur impact négatif sur le développement socio-économique du continent.

La Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une question sanitaire importante. L'Union africaine considère qu'une Déclaration de principe est nécessaire pour aider les pays à s'attaquer efficacement à ce problème. Le tabac est une importante culture de rente dans plusieurs Etats Membres de l'Union africaine. Les négociations en vue de la convention finale devraient se pencher sur les craintes des planteurs de tabac. L'Union africaine est convaincue que si on parvient à calmer ces craintes et à trouver d'autres cultures de rente (ou d'autres opportunités commerciales) viables, les planteurs de tabac seront en mesure de soutenir la convention.

A cet égard, l'Union africaine a sollicité l'appui technique et financier de l'OMS pour organiser une réunion d'experts africains sur "le tabac et la santé", mais n'a pas encore reçu de réponse. Notre objectif est de faire adopter le rapport d'experts par le Conseil des

Ministres et d'obtenir une Déclaration (ou une Décision) du Sommet des Chefs d'Etat qui liera les Etats Membres de l'Union africaine en ce qui concerne les problèmes touchant la convention sur le tabac.

Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs,

Dans la première partie de mon discours, j'ai fait référence à l'Organisation de l'Unité africaine (OUA). Il ne s'agit pas d'une erreur. Le passage de l'Organisation de l'Unité africaine à l'Union africaine est en cours. Par conséquent, les activités entreprises du temps de l'OUA nous concernent et continueront à nous intéresser sous la période de l'UA. En effet, après 39 ans d'existence, nous rendons un vibrant hommage à l'OUA et lui disons un "adieu" bien mérité.

Nous sommes maintenant à l'aube de l'Union africaine qui a un mandat plus étendu en ce qui concerne le développement politique et socio-économique de l'Afrique. A ce sujet, les objectifs du NEPAD ont renforcé les attentes des populations africaines en ce qui concerne l'amélioration de la santé. Ces objectifs nous obligent donc davantage à mettre en oeuvre les aspects sanitaires du NEPAD tels qu'ils ont été approuvés par le Sommet de Durban en juillet 2002.

Tous les problèmes de santé sont couverts par les décisions et les déclarations de Durban (AHG/DEC.171-184 (XXXVIII)). Celles-ci portent notamment sur le VIH/SIDA, le paludisme, les ressources humaines, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la lutte contre l'hypertension artérielle, la réduction de la pauvreté. Il faut y ajouter la Décision de Lusaka 2001 sur la médecine traditionnelle, dont le plan d'action est sur le point d'être finalisé.

Les objectifs du NEPAD assignent un rôle plus important aux communautés économiques régionales dans la mise en place de la Communauté économique panafricaine. Dans ce contexte, l'Union africaine et l'OMS ont collaboré afin de mettre sur pied un groupe de travail chargé de définir des éléments d'une plate-forme de coopération entre l'OMS, l'Union africaine et les communautés économiques régionales. Le rapport de cette réunion est en voie de finalisation et sera bientôt distribué.

Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional,
Mesdames et Messieurs,

L'Union africaine nous invite à abandonner nos vieilles habitudes qui nous ont toujours enlisés dans les contraintes bureaucratiques. L'Union africaine nous invite à être plus pragmatiques et plus dynamiques, et à élaborer des politiques viables, réalisables et appropriées.

Si nous ne sommes pas rapides, habiles et soucieux des résultats, le fardeau de la maladie continuera à balayer les acquis obtenus depuis nos indépendances politiques au début des années soixante. Le combat à mener n'incombe pas à une seule organisation. Il doit être l'affaire de toutes les organisations. A ce sujet, nous recommandons de revoir nos accords de coopération dans tous les domaines afin de combler les écarts et de renforcer nos partenariats, nos réseaux, nos consultations et nos actions, et afin d'harmoniser nos approches en ce qui concerne l'assistance à fournir aux Etats Membres pour les aider à lutter contre le fardeau de la maladie.

Nous recommandons que le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ait un bureau consacré à l'Union africaine pour promouvoir la coopération entre l'OMS et l'Union africaine. Ce bureau pourrait collaborer avec le Bureau de l'OMS auprès de l'Union africaine et de la CEA (WAC) à Addis Abeba pour accélérer les communications, la collecte des données sur demande, les avis consultatifs en cas de situations d'urgence, le partage d'informations avant toutes négociations au niveau international portant sur la santé.

L'objectif le plus important de notre collaboration n'est pas de déterminer ce que chaque organisation peut faire, mais de donner satisfaction aux bénéficiaires, en leur permettant de constater que leur santé s'est améliorée et que les services correspondent à ce qu'ils attendent et à ce qu'ils méritent.

Je vous remercie.

ANNEXE 8

ALLOCUTION DU DR GRO HARLEM BRUNDTLAND, DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Monsieur le Président de la République,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Depuis notre réunion à Brazzaville l'an dernier, des faits de plus en plus nombreux montrent que la santé joue un rôle essentiel dans le développement pacifique des sociétés.

Vers la fin de l'année dernière, j'ai été saisie du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Les maux extrêmes dont souffrent de nombreuses populations parmi les plus pauvres du monde, notamment en Afrique, ont servi de critère pour les analyses menées par les membres de la Commission. La forte prévalence de l'infection à VIH et du SIDA, des maladies transmissibles (y compris le paludisme et la tuberculose), des pathologies maternelles et infantiles ainsi que des maladies non transmissibles entrave le développement du continent. Les membres de la Commission ont fait ressortir les avantages que l'on pourrait tirer aussi bien sur le plan humain que sur le plan économique en investissant dans la santé. Ils ont plaidé en faveur d'un accroissement des investissements dans des interventions rentables, dans des systèmes de santé et des personnes déterminés à obtenir des résultats et dans l'amélioration de la mesure des progrès réalisés. Ils ont préconisé de nouvelles réformes dans le sens de l'équité en matière de santé. A présent, nous faisons connaître les principales conclusions de ce rapport aux pays de la Région et les aider à examiner son contenu en vue de définir leurs propres actions.

La santé a occupé le devant de la scène lors de récentes conférences internationales, notamment celle de Monterrey (Mexique), qui était consacrée au Financement du développement, ainsi qu'au début du nouveau cycle de négociations commerciales de Doha. Elle a occupé une place centrale dans les négociations lors du Sommet pour le Développement durable, organisé dans d'excellentes conditions par le Gouvernement de l'Afrique du Sud le mois dernier.

A mesure que les dirigeants du monde sont sensibilisés aux problèmes des populations, les aspirations se font plus pressantes : elles veulent des systèmes de santé qui fonctionnent et un recul tangible de la maladie. Nous devons mettre l'accent sur les

priorités - et trouver de meilleures méthodes de travail pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

Il y a deux ans, les dirigeants de la planète sont convenus de privilégier les objectifs de développement fixés dans la Déclaration du Millénaire (ODM), dont plusieurs ont trait à la santé. Les ODM nous aident à coordonner l'action multisectorielle pour la santé : les organismes internationaux - y compris l'OMS - sont en train d'analyser le coût de leur réalisation ainsi que de dégager et de suivre les indicateurs de progrès. Le NEPAD (Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique) est également notre point de mire en ce qui concerne la poursuite de ces objectifs en Afrique.

Investir dans la santé en Afrique, signifie trouver de nouvelles ressources et en faire bon usage. Nous coopérons par le biais d'alliances pour la mise en oeuvre d'objectifs communs. Nous devons trouver des moyens de bien faire fonctionner ces alliances. C'est seulement à cette condition que nous pourrions éliminer les obstacles qui empêchent d'avoir accès aux systèmes de santé et aux produits nécessaires.

De nouveaux accords internationaux peuvent être utiles. Il y a trois ans, nous avons commencé à négocier la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. J'espère que l'Assemblée mondiale de la Santé adoptera l'an prochain une convention contraignante : lorsqu'elle entrera en vigueur, nous devrons la mettre en oeuvre dès que possible. Cependant, dans la plupart des cas, il nous faudra établir et maintenir des partenariats plus informels. L'enjeu pour les gouvernements, la société civile et les entités privées consiste à réagir dans cet esprit. Il existe tant de bons exemples dans cette Région. L'OMS peut aider à ce que les résultats remarquables obtenus par quelques uns soient les nouveaux modèles qui inspirent l'action de tous.

Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose est une riposte audacieuse face au terrible impact de ces maladies. Partout où je me rends, les gens en attendent beaucoup pour que les choses bougent réellement.

Vous avez tous sollicité l'assistance de l'OMS. A l'Assemblée mondiale de la Santé, vous avez clairement énoncé vos besoins. Pour y répondre nous intervenons en collaboration avec les pays pour qu'ils obtiennent des fonds. Lorsqu'ils y parviennent, nous les aidons à utiliser ces fonds pour mener des actions concrètes. Nous voulons que des mécanismes efficaces soient mis en place pour la gestion des nouvelles ressources apportées par le Fonds mondial et pour le suivi des résultats. Nous solliciterons de nouvelles contributions afin que le Fonds dispose de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des pays.

Nous pourrions contribuer à la réussite du Fonds grâce aux remarquables progrès réalisés par les initiatives Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose et les stratégies axées sur la riposte du secteur de la santé au VIH. Les gouvernements, en collaboration avec la société civile et des entités privées, se sont associés à la communauté internationale pour donner vie à ces mouvements sanitaires novateurs. Le Fonds mondial nous permettra de les aider à se développer et à engranger des résultats.

L'annonce, la semaine dernière, du séquençage du génome du parasite du paludisme et du moustique a été une grande percée scientifique. Les services de recherche de l'OMS, en collaboration avec de nombreux partenaires, ont contribué à ce travail, qui ouvre de nouvelles perspectives de prévention et de lutte contre une grave menace pour la santé publique.

Nous avons tous travaillé d'arrache-pied pour faire baisser le prix des produits essentiels pour la santé - y compris les médicaments. A la suite des efforts acharnés, déployés ces quatre dernières années, l'application de prix différentiels est à présent couramment utilisée pour donner aux plus pauvres largement accès aux médicaments. Les prix de certains antirétroviraux ont chuté de 80 à 90 % et ceux des antituberculeux ont été réduits d'un tiers. La névirapine destinée à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH est disponible gratuitement, de même que la polychimiothérapie pour la lèpre.

De nouveaux partenariats ont été créés pour mettre au point des médicaments contre les maladies orphelines. Et à Doha, les sauvegardes de l'accord ADPIC ont été renforcées en ce qui concerne les médicaments essentiels.

C'est aux gouvernements, aux ONG, aux chercheurs, aux entreprises, aux médias et à l'organisation des Nations Unies qu'en revient le mérite. Le carcan a été brisé. L'accès aux médicaments est à présent au centre des préoccupations mondiales, et l'on insiste pour que les débats commerciaux accordent la plus haute importance à la santé.

J'estime pour ma part qu'aucune clause d'un accord commercial ne devrait avoir pour effet de dénier à ceux qui en ont besoin l'accès aux médicaments indispensables contre les maladies courantes, où que ce soit et quelle que soit la solvabilité des patients.

Nos programmes de lutte contre la poliomyélite offrent une bonne illustration de ce qui peut être accompli grâce à des efforts et un partenariat soutenus. Moyennant une

action énergique, nous avons à présent presque atteint le but. Je vous demanderai, Mesdames et Messieurs les Ministres, de continuer à accorder la plus grande priorité à ces programmes.

Mesdames et Messieurs les Ministres, distingués Délégués,

Depuis l'époque où je faisais partie du Gouvernement norvégien, j'ai constaté à quel point les ministres de l'environnement et de la santé, s'ils coopèrent entre eux, peuvent montrer la voie à suivre en matière de salubrité de l'environnement. C'est un processus exigeant qui commence par une analyse des éléments d'appréciation et la création d'un consensus, se poursuit par des accords politiques, des codes de conduite, une planification conjointe et des programmes communs, et s'achève par la mesure des résultats, qui sont ensuite comparés aux indicateurs prévus.

C'est cette collaboration qui explique en grande partie l'importance accordée à la salubrité de l'environnement lors du Sommet de Johannesburg.

Regardons les choses en face. Trop d'enfants tombent malades à cause du milieu dans lequel ils vivent, travaillent et jouent. En 2000, un environnement malsain a provoqué la mort de près de 5 millions d'enfants. Ils souffraient le plus souvent, d'infections respiratoires aiguës et de diarrhée.

Nous savons comment un environnement insalubre rend les enfants malades. Les déchets humains contaminent l'eau et la nourriture. L'eau est, en outre, contaminée par des agents pathogènes et des produits chimiques. L'air est pollué par la fumée du tabac ou de la cuisson à l'intérieur de la maison. D'autres toxines pénètrent dans l'air et dans le sol. Des insectes vecteurs de maladies piquent les enfants. Trop d'enfants se blessent chez eux ou sur la route.

A Johannesburg, il y a quatre semaines, l'équipe de l'OMS a coopéré avec l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) et les principales ONG pour élargir le cercle, en commençant par mettre sur pied une alliance mondiale pour promouvoir des environnements plus sains pour les enfants.

Il est temps que les gouvernements, les ONG, les hommes de science et les hommes politiques, les entités privées et les militants conjuguent leurs efforts pour accorder la première place aux enfants, pour s'attaquer par des interventions rentables aux risques pour la santé liés à l'environnement; pour convenir de stratégies à appliquer et

d'indicateurs précis à utiliser. L'OMS et les membres de l'alliance sont prêts à y contribuer. En oeuvrant ensemble, nous susciterons un réel changement en faveur de la santé publique et de l'avenir de nos enfants.

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé, Honorables délégués,

Les nations de cette Région travaillent avec acharnement pour améliorer leurs systèmes de santé afin d'obtenir des résultats et de prendre en charge les plus nécessiteux.

Je tiens à ce que l'OMS offre l'appui voulu aux systèmes de santé nationaux : pour aider à combattre l'exode incessant de professionnels qualifiés, accroître la disponibilité des médicaments et produits essentiels et établir des bases saines pour le financement de la santé. Les enjeux sont de taille. Nous avons besoin de systèmes de santé efficaces, dotés d'un appui solide de la part des professionnels et du public, soutenus par les hommes politiques et crédibles auprès d'autres investisseurs. Cela signifie que nous devons axer nos efforts collectifs sur les services essentiels pour les résultats en matière de santé, la qualité des services et l'efficience.

La vie serait facile si les systèmes de santé pouvaient changer par une simple geste des Ministres de la Santé, du Directeur général de l'OMS ou du Directeur régional pour l'Afrique. Mais, les choses ne fonctionnent pas ainsi. L'action de santé suppose une interdépendance entre professionnels fondée sur les faits tirés de la recherche et une concertation entre associations professionnelles, hommes politiques, médias, militants, entreprises privées, organisations internationales et organismes donateurs.

L'OMS devrait être en mesure d'aider les pays à rassembler des informations sur la santé de leur population, sur les options disponibles pour prévenir ou combattre les maladies et sur les outils existants pour évaluer la performance des systèmes de santé. Nous tirons les leçons de vos expériences et diffusons les exemples de meilleures pratiques. En coopérant avec des partenaires comme la Banque mondiale et les banques régionales, nous essayons de vous aider à comparer vos expériences à celles des autres.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Plus d'un quart des Africains vivent dans des pays en crise où le gouvernement ne peut pas oeuvrer comme il le souhaiterait et où la violence et la maladie compromettent la sécurité. Une nouvelle tragédie menace les populations de l'Afrique australe où se conjugent la pauvreté, le VIH/SIDA, de graves pénuries alimentaires (et la sécheresse)

ainsi que le manque de moyens des services de santé. Quinze millions de gens sont confrontés à de dures épreuves et les taux de mortalité sont en augmentation. J'ai rencontré en août à Harare les Ministres de la Santé alors même qu'ils étaient en train d'élaborer une stratégie pour faire face à cette crise: l'OMS appuie une action ciblée et apporte son concours pour mobiliser davantage de ressources au profit de ceux qui sont dans le besoin.

Nous pourrons opérer un réel changement en conjuguant nos efforts.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Cette année, le Rapport sur la Santé dans le Monde va nous rappeler que l'eau contaminée, l'insalubrité et le manque d'hygiène, les relations sexuelles non protégées (notamment en rapport avec le VIH/SIDA), les carences en fer et en autres éléments nutritifs ainsi que la fumée dégagée par les combustibles solides à l'intérieur des habitations sont en train de faire des ravages.

D'autres ennemis de la santé sont liés à de mauvaises habitudes alimentaires qui, dans le monde entier, sont en train de se substituer à une alimentation relativement saine. La vie sédentaire s'est substituée à l'exercice physique régulier. Ces changements commencent à agir sur la santé de tous - jeunes et vieux, riches et pauvres. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'obésité et l'inactivité physique accroissent les risques de mort prématurée et d'incapacité.

Nous savons que certaines maladies cardiovasculaires, certains types de diabète et certains cancers peuvent être évités grâce à un changement de régime alimentaire et à l'intensification de l'exercice physique. En application d'une résolution adoptée en mai dernier par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS est en train d'élaborer une stratégie globale sur la nutrition, l'exercice physique et la santé, qui sera examinée l'an prochain par les Etats Membres lors de six consultations régionales.

Nous avons mené une lutte acharnée pour susciter une action concertée contre le tabac, qui tue la moitié des fumeurs invétérés. Depuis plusieurs décennies, nous savons comment éviter chacun des 4 millions de décès provoqués chaque année par le tabagisme. C'est simple : il faut augmenter les taxes, interdire la publicité en faveur du tabac et adopter des textes réglementaires pour préserver la pureté de l'air à l'intérieur des locaux.

En 1998, j'étais déjà convaincue que nous devons agir.

Nous avons examiné l'article 19 de la Constitution de l'OMS. Les Etats Membres peuvent s'en prévaloir pour négocier l'adoption de normes à l'échelon mondial. Nous avons choisi de mettre à profit la capacité de l'Organisation à faire adopter des traités pour prévenir les maladies liées au tabagisme.

Les négociations concernant la Convention cadre pour la lutte antitabac ont clairement mis en lumière le rôle essentiel de l'Etat dans la santé publique, notamment pour établir des normes et veiller à ce qu'elles soient respectées.

Ces efforts se heurtent à une certaine opposition.

Dans toutes les régions, l'industrie du tabac continue à agir dans son propre intérêt, pour sauvegarder sa part de marché et ses profits et pour séduire des femmes et des hommes de plus en plus jeunes. Comment ? Par des données scientifiques fallacieuses et une publicité mensongère, souvent masquées par des prétentions de civisme.

L'avant-projet de Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est maintenant prêt pour le prochain cycle de négociations prévu en octobre. Il énonce les accords susceptibles d'être signés sur la publicité, la promotion, le parrainage, le commerce illicite des produits du tabac, les taxes et la coopération internationale.

Ce qu'il nous faut à présent à ce stade final et crucial, c'est la volonté politique nécessaire pour donner force de loi au premier traité mondial de l'OMS.

J'ai proposé que ce traité soit adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003 au plus tard. La convention entrera alors en vigueur et comportera pour les Etats Membres et à leurs populations des avantages adaptés à leurs besoins.

Je sais que, plus que jamais, vous êtes prêts à l'adopter. Je sais que vous avez à coeur de faire en sorte que cette convention soit au service de la santé publique.

Ce mois-ci, nous nous concentrerons également sur les conséquences de la violence pour la santé publique. A titre d'exemple, en l'an 2000, 1,6 million de personnes sont mortes des suites de violences - pour la moitié des suicides, pour un tiers des homicides et pour un cinquième des faits de guerre. Des millions d'autres personnes sont marquées à vie par les violences qu'elles ont subies : pour bon nombre d'entre elles, les séquelles ne sont pas visibles de l'extérieur et il s'agit en majorité de femmes.

Nous devons rompre le silence et faire face à la violence. Il y a quelques jours, j'ai lancé le premier Rapport sur la violence et la santé dans le monde. Notre objectif est de soulever le problème de la violence en tant que problème de santé publique, et de donner aux Etats Membres les moyens de s'y attaquer.

Honorables délégués,

L'OMS constitue un réseau dynamique et dense dont l'action a une très grande portée. Elle touche de plusieurs manières la vie de milliards d'individus. Elle entretient des relations spéciales avec chacun des Etats Membres.

La diversité des besoins nationaux est visible dans les régions et cela se reflète sur nos programmes d'activité à tous les niveaux de l'OMS. Ainsi, les approches régionales influencent la position de l'OMS sur les questions de nature mondiale.

Je tiens à remercier le personnel des bureaux de pays mais je rends un hommage tout particulier aux membres du personnel des Bureaux régionaux de l'OMS et notamment de la Région africaine pour le dévouement dont ils ont fait preuve. On exige beaucoup d'eux et ils jouent un rôle décisif.

Il faudrait améliorer nos résultats dans les pays. D'ailleurs, les Directeurs régionaux et moi-même sommes en train de rechercher les moyens d'améliorer nos activités dans les pays. C'est pourquoi nous avons lancé l'Initiative axée sur les pays.

L'OMS est présente dans 147 pays à travers le monde et nous travaillons avec acharnement pour renforcer notre présence dans tous les pays, surtout en Afrique. L'Initiative axée sur les pays est particulièrement importante car elle nous aidera à nous concentrer sur les besoins des Etats, en appuyant une véritable action sanitaire grâce à l'établissement de normes et à la coopération technique.

Pour ce faire, nous nous fonderons sur des stratégies de coopération et sur des mémorandums d'accord entre les Etats Membres et l'OMS. L'Organisation toute entière mettra en oeuvre le plan stratégique de chaque pays en matière de santé. Nous renforcerons les compétences des équipes de pays afin qu'elles en assurent la mise en oeuvre. Nous ferons de notre mieux pour transformer les systèmes administratifs de l'OMS de manière à accroître l'efficacité des bureaux de pays, qu'ils soient financés par le budget ordinaire ou par d'autres fonds. Nous encouragerons les équipes de l'OMS dans les pays à renforcer leur collaboration avec les institutions spécialisées du système des Nations Unies, la Banque mondiale et les autres partenaires de développement.

Cette année, les grandes lignes du Projet de Budget Programme 2004-2005 figurent à l'ordre du jour de tous les Comités régionaux. A la suite du débat sur l'établissement des priorités au Conseil exécutif, il a été proposé que le domaine d'activité Santé et Environnement fasse désormais partie des priorités. Par ailleurs, deux domaines prioritaires ont été élargis : les systèmes de santé incluront désormais l'action sur les médicaments essentiels, et je propose que la santé de l'enfant soit incluse dans le domaine prioritaire Pour une grossesse à moindre risque.

Le nouveau budget indique les résultats escomptés et les indicateurs qui intègrent les activités à tous les niveaux de l'Organisation, de même que toutes les sources de fonds. En réponse à la demande formulée par de nombreux Etats Membres, les propositions de budget indiquent également, pour la première fois, le montant estimatif des fonds provenant d'autres sources qui seront alloués aux pays et au Bureau régional.

J'ai fait des propositions en faveur du renforcement de la présence de l'OMS dans les pays, ce qui est vital pour atteindre les objectifs de l'Initiative axée sur les pays et nécessaire pour que les bureaux des pays jouent efficacement le rôle accru qui sera le leur dans la gestion des fonds provenant d'autres sources et dans leurs relations avec les donateurs. C'est également nécessaire pour renforcer les capacités des bureaux de pays en ce qui concerne les systèmes de santé. Nous devons en outre collecter et synthétiser les informations sanitaires pertinentes, de concert avec les autorités sanitaires nationales.

Pour la troisième fois, nous continuerons durant la prochaine période biennale à répartir le budget ordinaire entre les différentes régions conformément à la décision prise par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1998. Comme vous le savez, la Région africaine a été l'un des bénéficiaires de ce processus et le restera en 2004-2005. Je propose que le budget ordinaire pour la Région passe de 186 à 193 millions de dollars. Vous vous souvenez sans doute qu'un examen des procédures de répartition est prévu pour 2004.

Chers amis, chers collègues,

Au début de mon mandat en 1998, j'ai pris pour l'OMS l'engagement de changer le cours des choses.

L'analyse de la charge mondiale de morbidité nous a encouragés à définir des priorités précises et nous l'avons fait.

En ce qui concerne les améliorations à apporter à la santé dans le monde, nous avons à présent une approche ciblée qui reflète notre stratégie institutionnelle. Nous nous appuyons sur nos approches et sur notre solidarité régionales et collaborons en toutes circonstances avec nos partenaires.

Dans le cadre de cette collaboration :

- Nous faisons face aux risques qui contribuent à la mauvaise santé dans le monde.
- Nous intensifions notre action pour venir à bout des problèmes de santé qui sont la cause en même temps que la conséquence de la pauvreté.
- Nous veillons à ce que le secteur de la santé joue un rôle central dans la maîtrise de la pandémie de VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose, des maladies non transmissibles et de la menace que constitue le tabac.
- Nous apportons un appui pour la mise en place de systèmes de santé efficaces, équitables et axés sur les besoins des populations.
- Outre toutes ces initiatives, nous faisons tout notre possible pour attirer l'attention sur la santé et la mettre au coeur de l'action politique.

Il s'agit là d'un programme ambitieux que nous ne pourrions réaliser que si, tous ensemble, nous continuons à déployer ces efforts ciblés.

Je vous remercie.

ANNEXE 9

DISCOURS D'OUVERTURE DE SON EXCELLENCE LE CAMARADE ROBERT G. MUGABE, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU ZIMBABWE

Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Madame le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Excellences Mesdames et Messieurs les Membres du corps diplomatique,
Mesdames et Messieurs les chefs de missions diplomatiques,
Mesdames et Messieurs les chefs de Secrétariat du Système des Nations Unies,
Mesdames et Messieurs les représentants des ONG,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

Le Zimbabwe est honoré d'abriter la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Je voudrais par conséquent souhaiter à vous tous une très chaleureuse bienvenue. Nous espérons de tout coeur que vos travaux seront fructueux et couronnés de succès pour relever les nombreux défis sanitaires que connaît notre continent.

Nous regrettons que la présente session du Comité régional n'ait pas pu se tenir à Brazzaville (République du Congo), siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, pour des raisons de sécurité. Nous continuons cependant à prier que la sécurité ne cesse de s'améliorer dans cette ville afin que les futures sessions du Comité régional puissent s'y tenir.

Monsieur le Président, notre Région est confrontée à de nombreux défis sanitaires. Nous espérons donc sincèrement que Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé porteront leur attention sur les stratégies dont nous avons besoin pour relever ces défis.

L'Afrique australe traverse actuellement l'une des plus graves sécheresses de ces dernières années.

Outre les sévères pénuries alimentaires qu'elle impose à nos populations, cette sécheresse a également de graves conséquences sanitaires. Au mois d'août de cette année, le Zimbabwe a eu le privilège d'abriter une réunion des Ministres de la Santé des pays

touchés par la sécheresse et de leurs hauts fonctionnaires pour convenir des mesures à prendre afin de surmonter ces problèmes sanitaires. Au cours de cette réunion, d'importantes dispositions ont été prises pour atténuer les conséquences de cette crise humanitaire sur la santé de nos populations.

La crise humanitaire provoquée par cette sécheresse est aggravée par la pandémie de VIH/SIDA et de tuberculose qui touche particulièrement les pays de l'Afrique australe. La menace permanente du paludisme, qui a de graves conséquences sur les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, constitue un autre sujet de préoccupation. Les maladies d'origine hydrique telles que le choléra ont eu des effets catastrophiques dans la plupart des pays de la Région au cours de cette crise humanitaire.

A cause de la récession économique que traversent de nombreux pays de notre Région, les systèmes de santé déjà fragilisés ne peuvent pas répondre de façon adéquate et efficace à ces défis sanitaires.

J'espère de tout coeur que les Ministres de la Santé n'épargneront aucun effort pour identifier les stratégies dont nous avons besoin pour nous attaquer à ces graves problèmes de santé.

Je me réjouis par conséquent que la présente session du Comité régional se tienne peu après cette réunion ministérielle, car cela permettra au Comité régional d'examiner les conséquences de cette sécheresse dans le cadre de son ordre du jour.

Je remercie l'Organisation mondiale de la Santé d'être venue à notre secours quand nous en avons vraiment besoin. En effet, c'est l'Organisation mondiale de la Santé qui nous a aidés à organiser cette réunion au mois d'août afin de nous permettre d'examiner les conséquences sanitaires de la sécheresse qui sévit actuellement en Afrique australe.

L'Organisation mondiale de la Santé continue d'apporter un appui technique, financier et moral à tous les pays de notre Région. Je voudrais donc l'exhorter à persévérer dans cette voie, surtout en cette période particulièrement difficile.

La plupart d'entre vous sont parfaitement au courant de la révolution que nous avons engagée au Zimbabwe - celle de la réforme agraire - qui constitue la dernière étape de notre lutte de libération pour l'indépendance totale de notre pays.

Il ne fait pas de doute que notre programme de réinstallation rapide des populations a des implications sanitaires. Il ne fait pas de doute que l'absence des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement ou le faible taux de couverture de ces services favorisent des flambées de maladies. Nous devons considérer cela comme un défi et faire en sorte que le programme de réinstallation rapide des populations aille de pair avec l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement. Conscient de l'importance d'une bonne couverture en matière d'assainissement, mon Gouvernement a dégagé environ Z\$80 millions pour faire démarrer cet important programme.

L'Initiative mondiale Faire reculer le paludisme, qui semblait irréalisable, a déjà démarré dans la plupart des pays, le Zimbabwe ayant lancé sa stratégie le 11 mai 2001. Nous avons déjà commencé à recevoir une partie des importantes contributions qui nous avaient été promises sous forme de véhicules, d'ordinateurs, de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de trousse de réimprégnation, de cyclomoteurs, de matériels électroniques, etc. Mon Gouvernement voudrait assurer tous les partenaires qui contribuent à la mise en oeuvre de cette stratégie que toutes ces ressources seront directement transmises aux personnes auxquelles elles sont destinées. Nous espérons que cela encouragera d'autres partenaires à souscrire des engagements en nature, en ayant l'assurance que les ressources ainsi fournies seront utilisées à bon escient.

Nous espérons que l'appui promis de la part du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sera bientôt mis à la disposition des pays membres dont les demandes ont été approuvées en vue de la première série de décaissements. Ces fonds seront utilisés au maximum pour compléter les efforts que les gouvernements africains ne cessent de déployer.

Longtemps négligées parce qu'elles étaient considérées comme des maladies de la richesse, les maladies non transmissibles figurent aujourd'hui parmi les cinq maladies prioritaires de la Région. Etant donné que les facteurs de risque d'aujourd'hui constituent les maladies de demain, il importe que les maladies non transmissibles reçoivent la priorité voulue pour qu'elles ne continuent pas à causer des taux de morbidité et de mortalité élevés. Et étant donné que les maladies non transmissibles sont beaucoup plus onéreuses à traiter que les maladies transmissibles, elles constituent la meilleure illustration du vieil adage selon lequel il vaut mieux prévenir (car cela revient moins cher) que guérir.

La recrudescence de la tuberculose, aggravée par l'émergence de la pandémie de VIH/SIDA, exerce des tensions extrêmes sur de nombreux systèmes de prestation des soins de santé alors que les ressources disponibles ne cessent de diminuer dans les pays

économiquement faibles. Dans le cas du Zimbabwe, ce problème est encore exacerbé par la grave pénurie de devises que connaît le pays. Cependant, des pressions internationales continuent à entraver nos efforts en vue de trouver des solutions de rechange à ce problème.

En ce qui concerne le Zimbabwe, Mesdames et Messieurs, nous sommes très reconnaissants pour les dispositions qui ont été prises par nos partenaires de confiance dans le domaine de la santé que sont l'OMS et l'UNICEF. En effet, l'OMS s'est illustrée comme un ami véritable dans les bons aussi bien que dans les mauvais moments ... c'est-à-dire dans toutes les circonstances. Mon Gouvernement est extrêmement reconnaissant pour les partenariats que l'OMS l'a aidé à mettre en place à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins, pour ne citer que cet exemple.

Mesdames et Messieurs les Ministres, je voudrais enfin, et ce n'est pas un point à négliger, vous inviter à prendre un peu de temps sur votre programme très chargé pour visiter notre pays et apprécier certaines de nos installations touristiques.

Je vous souhaite plein succès dans vos travaux et un agréable séjour au Zimbabwe.

J'ai l'agréable plaisir et le grand honneur de déclarer ouverte la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

ANNEXE 10

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTE-TROISIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2002 : Rapport annuel du Directeur régional
 - Exécution du Budget Programme 2002-2003
 - Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques
 - Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020
 - Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine
 - Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine
 - Stratégie régionale de la santé mentale
 - Programme régional de lutte contre la tuberculose
 - Stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire
 - Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé :
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif et de la cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales

-
- 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Rapport du Sous-Comité du Programme :
- 8.1 Macroéconomie et santé : Perspectives d'avenir dans la Région africaine
 - 8.2 Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé
 - 8.3 Prévention et lutte contre la violence et les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et programme d'action
 - 8.4 Santé de la femme : stratégie de la Région africaine
 - 8.5 Sécurité alimentaire et santé : Analyse de la situation et perspectives
 - 8.6 Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose
9. Tables rondes
- 9.1 Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité
 - 9.2 Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence
10. Rapport des Tables rondes
11. Choix des sujets des Tables rondes de 2004
12. Nomination du Président et du Président suppléant des Tables rondes de 2004
13. Décisions de procédure
14. Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional
15. Adoption du rapport du Comité régional
16. Clôture de la cinquante-troisième session du Comité régional

ANNEXE 11

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC52/1 Rév.2	Ordre du jour
AFR/RC52/1 Rév.2 Add.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC52/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine 200-2001 : Rapport biennal du Directeur régional
AFR/RC52/3	Budget Programme de l'OMS 2004-2005 : Contribution régionale
AFR/RC52/3 Add.1	Additif au Budget Programme 2004-2005 : Contribution régionale
AFR/RC52/4	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC52/5	Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales
AFR/RC52/6	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC52/7	Ordre du jour du Sous-Comité du Programme
AFR/RC52/7 Add.1	Programme de travail du Sous-Comité du Programme
AFR/RC52/8	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC52/9	Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005
AFR/RC52/10	Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC52/11	Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine

AFR/RC52/12	Mise en oeuvre des réformes du secteur de la santé dans la Région africaine : Améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement
AFR/RC52/13	Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale
AFR/RC52/RT/1	L'action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA
AFR/RC52/RT/2	Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque
AFR/RC52/RT/3	Financement de la santé
AFR/RC52/14.1	L'action du secteur de la santé face à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA (Rapport de la Table ronde No 1)
AFR/RC52/14.2	Lutte contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque (Rapport de la Table ronde No 2)
AFR/RC52/14.3	Financement de la santé (Rapport de la Table ronde No 3)
AFR/RC52/15	Choix des sujets des Tables rondes de 2003
AFR/RC52/16	Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2003
AFR/RC52/17	Dates et lieux de la cinquante-troisième et de la cinquante-quatrième sessions du Comité régional
AFR/RC52/18	Liste des participants
AFR/RC52/19	Rapport du Comité régional
AFR/RC52/20.1	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) (Rapport de la séance d'information)

AFR/RC52/20.2	Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Rapport de la séance d'information)
Décision 1	Composition du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des Pouvoirs
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la cinquante-troisième session du comité régional
Décision 7	Ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 8	Méthode de travail et durée de la cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 9	Choix des sujets des Tables rondes de 2003
Décision 10	Dates et lieux des cinquante-troisième et cinquante-quatrième sessions du Comité régional
Décision 11	Désignation de 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)
Décision 12	Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation du programme de partenariat pour Faire reculer le paludisme

AFR/RC52/R1	Projet de Budget Programme 2004-2005
AFR/RC52/R2	Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005
AFR/RC52/R3	Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC52/R4	Pauvreté et santé : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC52/R5	Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale
AFR/RC52/R6	Motion de remerciements
AFR/RC52/SCC/1	Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
AFR/RC52/Conf.Doc./1	Allocution de bienvenue du Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-être de l'Enfant du Zimbabwe
AFR/RC52/Conf.Doc./2	Allocution de l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, Commissaire par intérim, Affaires sociales, Direction de la Coopération afro-arabe, Union africaine
AFR/RC52/Conf.Doc./3	Allocution du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC52/Conf.Doc./4	Discours de Son Excellence le Camarade Robert G. Mugabe, Président de la République du Zimbabwe
AFR/RC52/INF/01	Bulletin d'information sur la République du Zimbabwe