

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

Johannesburg, Afrique du Sud, 1^{er}-5 septembre 2003

Rapport final



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

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

Johannesburg, Afrique du Sud, 1^{er}-5 septembre 2003

Rapport final

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

Brazzaville . 2003

AFR/RC53/18

SOMMAIRE

	Page
SIGLES	viii
PARTIE I : DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS	
DÉCISIONS DE PROCÉDURE	
Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations	3
Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	3
Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	4
Décision 4 : Vérification des Pouvoirs	4
Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	4
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-quatrième session du Comité régional	5
Décision 7 : Ordre du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif	5
Décision 8 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé	5
Décision 9 : Choix des sujets des Tables rondes de 2004	6
Décision 10 : Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional	7
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)	7
Décision 12 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation du programme du partenariat Pour faire reculer le paludisme	7
Décision 13 : Qualifications et sélection du Directeur régional	8
Comité régional : Cinquante-troisième session	Page iii

RÉSOLUTIONS

AFR/RC53/R1	Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine	10
AFR/RC53/R2	Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région africaine	12
AFR/RC53/R3	Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action	14
AFR/RC53/R4	Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine	15
AFR/RC53/R5	Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives	18
AFR/RC53/R6	Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose	19
AFR/RC53/R7	Motion de remerciements	22

PARTIE II : RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

	Paragaphes
CÉRÉMONIE D'OUVERTURE	1 – 36
ORGANISATION DES TRAVAUX	37 – 45
Constitution du Sous-Comité des Désignations	37
Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	38
Adoption de l'ordre du jour	39
Adoption de l'horaire de travail	40
Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	41 – 45
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL POUR 2002 (document AFR/RC53/2)	46 – 140
Développement et direction d'ensemble des programmes	48 – 75
Développement des systèmes et services de santé	76 – 87
Lutte contre les maladies transmissibles	88 – 101
Lutte contre les maladies non transmissibles	102 – 113

Santé de la famille et santé génésique	114 – 123
Milieus favorables à la santé et développement durable	124 – 131
Administration et finances	132 – 139
Adoption du Rapport final	140
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ	141– 165
Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC53/3)	142 – 154
Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-quatrième session du Comité régional (document AFR/RC53/4)	155– 158
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC53/5)	159 – 162
Évaluation de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 – Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire (document AFR/RC53/14)	163 – 165
RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC53/7)	166 – 259
Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8 Rév.1)	169 – 182
Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9 Rév.1)	183 – 192
Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10 Rév.1)	193 – 202
Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11 Rév.1)	203 – 216
Salubrité des aliments : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12 Rév.1)	217 – 227

Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme (document AFR/RC53/13 Rév.1)	228 – 246
Éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l’OMS (document AFR/RC53/INF/DOC/1)	247
Syndrome respiratoire aigu sévère : Préparation et action dans la Région africaine de l’OMS (document AFR/RC53/INF/DOC/2)	248 – 249
Qualifications et désignation du Directeur régional (document AFR/RC53/15)	250 – 253
TABLES RONDES (documents AFR/RC53/RT/1, AFR/RC53/RT/2, AFR/RC53/RT/3)	254 – 259
Rapport des Tables rondes (AFR/RC53/16)	254 – 256
Choix des sujets des Tables rondes de 2004 (document AFR/RC53/20)	257 – 258
Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2004	259
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-QUATRIÈME ET CINQUANTE-CINQUIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC53/17) ...	260 – 261
ADOPTION DU RAPPORT FINAL DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC53/18)	262
CLÔTURE DE LA CINQUANTE-TROISIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL	263 – 277
Remarques de clôture du Directeur régional	263 – 266
Motion de remerciements	267
Remarques de la Présidente et clôture de la réunion	268 – 273

PARTIE III : ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	79
2a. Ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional	97
2b. Programme de travail	100
3. Rapport du Sous-Comité du Programme	106
4a-4c. Rapport des Tables rondes Nos 1, 2, 3	132
5a. Rapport sur la Séance spéciale No I : Stratégie sanitaire du NEPAD : Programme d'action initial	144
5b. Rapport sur la Séance spéciale No II : La migration des personnels de santé qualifiés : un défi pour les systèmes de santé en Afrique	146
5c. Rapport sur la Séance spéciale No III : Faits nouveaux survenus dans le cadre du NEPAD et leurs incidences sur la santé	148
6. Allocution de bienvenue du Dr M. Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé d'Afrique du Sud	151
7. Allocution du Professeur Jean Rasamindrakotroka Andry, Ministre de la santé de la République de Madagascar, Vice-Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional	154
8. Allocution de Son Excellence l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, Commissaire par intérim, Affaires sociales, Direction de la Coopération Afro-Arabe, Union africaine	158
9. Allocution du Dr Lee Jong-Wook, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	162
10. Allocution de M. Mosiuoa Lekota, Ministre de la Défense de la République d'Afrique du Sud	167
11. Déclaration de M. Philippe Busquin, Commissaire Européen chargé de la Recherche	171
12. Déclaration du Dr Pascoal Mocumbi, Premier Ministre de la République du Mozambique	179
13. Ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional	184
14. Liste des documents	186

SIGLES

ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
DOTS	Traitement de courte durée sous observation directe
EDCTP	Partenariat des pays européens et en développement sur les essais cliniques
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
MSF	Mutilation sexuelle féminine
LHD	Développement sanitaire à long terme
NCD	Maladies non transmissibles
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
ODM	Objectifs de Développement pour le Millénaire
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OMC	Organisation internationale du Commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
RBM	Faire reculer le paludisme
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PARTIE I

**DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS**

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, qui s'est réuni le lundi 1^{er} septembre 2003, était composé des représentants des États Membres suivants : Burkina Faso, Éthiopie, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Zimbabwe.

Le Sous-Comité a élu Président le Dr Abel Dushimimana, Ministre de la Santé de la République du Rwanda.

Première séance, 1^{er} septembre 2003

Décision 2 : Élection 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 :	Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang Ministre de la Santé Afrique du Sud
1^{er} Vice-Président :	Dr Yagi Sitolo Ministre de la Santé République démocratique du Congo
2^{ème} Vice-Président :	Prof. Eytayo Lambo Ministre de la Santé Nigéria
Rapporteurs :	M. Patrick Pillay Ministre de la Santé, Seychelles (Français) M. Jim Muhwezi Ministre de la Santé, Ouganda (Anglais) Dr Antonio Serifo Embalo Ministre de la Santé, Guinée-Bissau (Portugais)

Première séance, 1^{er} septembre 2003

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

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 États Membres suivants : Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Kenya, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 1^{er} septembre 2003. Les délégués des États Membres suivants étaient présents : Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Kenya, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Présidente Mme Suzanne Aho, Ministre de la Santé du Togo.

Première séance, 1^{er} septembre 2003

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 États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe, qui étaient conformes aux dispositions pertinentes

Le Libéria a participé à la réunion mais n'a pas présenté de pouvoirs.

Les Comores, l'Éthiopie, Sao Tomé et Príncipe et la Sierra Leone n'ont pas participé.

Première séance, 1^{er} septembre 2003

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-troisième session du Comité régional : Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie et République démocratique du Congo. Ils seront remplacés par les pays suivants : Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie et Mozambique.

Deuxième séance, 2 septembre 2003

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

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

Deuxième séance, 2 septembre 2003

Décision 7 : Ordre du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif

Le Comité régional a pris note de l'ordre du jour provisoire de la cent-treizième session du Conseil exécutif.

Deuxième séance, 2 septembre 2003

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

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-troisième session du Comité régional de l'Afrique sera désigné Vice-Président de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2004. 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 avant la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé les désignations des délégués des États 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) Selon l'ordre alphabétique anglais, la Guinée-Bissau a désigné un représentant devant faire partie du Conseil exécutif à partir de sa cent-douzième session, immédiatement après la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Ces délégués se sont joints à ceux de l'Érythrée, de l'Éthiopie, du Gabon, de la Gambie, du Ghana et de la Guinée au titre de la Région africaine.

- 4) Le mandat de l'Érythrée et de l'Éthiopie expirera à la fin de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Ces pays seront remplacés par le Kenya et le Lesotho qui assisteront à la cent-treizième session du Conseil exécutif en mai 2004.
- 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-Septième Assemblée mondiale de la Santé.
- 6) La cinquante-troisième session du Comité régional a décidé d'envisager de revoir sa méthode de travail en ce qui concerne la nomination d'un délégué au Conseil exécutif par les États Membres et de créer une équipe spéciale qui élaborera les détails de cette nouvelle méthode de travail.
 - a) Cette équipe comprendra des représentants des États Membres suivants :
 - la Guinée équatoriale pour l'Afrique centrale (CÉÉAC/CÉMAC)
 - le Zimbabwe pour l'Afrique australe (SADC)
 - le Kenya pour l'Afrique de l'Est
 - le Ghana pour l'Afrique de l'Ouest (CÉDÉAO)
 - b) L'équipe spéciale soumettra un rapport sur l'état d'avancement des travaux à la réunion informelle des États Membres de la Région africaine durant la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et un rapport final à la cinquante-quatrième session du Comité régional.

Réunion informelle du Comité régional

- 7) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 17 mai 2004 à 8h30 au *Palais des Nations* à Genève, afin de confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-troisième session. Durant l'Assemblée, une réunion de coordination des délégués africains aura lieu chaque matin.

Deuxième séance, 2 septembre 2003

Décision 9 : Choix des sujets des Tables rondes de 2004

Le Comité régional a approuvé la décision d'organiser des Tables rondes durant ses sessions pour promouvoir l'interaction et l'échange d'idées et d'expériences entre les Ministres de la Santé et les chefs de délégation.

Table ronde n° 1 : Sévices sexuels à l'encontre des enfants : Une détresse sournoise dans la Région africaine.

Président : Togo

Président suppléant : Tchad

Table ronde n° 2 : Pour une amélioration durable de la situation nutritionnelle dans la Région africaine.

Président : Zambie

Président suppléant : Mauritanie

Septième séance, 4 septembre 2003

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

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a accepté de tenir sa cinquante-quatrième session au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo), du 30 août au 3 septembre 2004. Il se prononcera à sa cinquante-quatrième session sur le lieu de la cinquante-cinquième session.

Sixième séance, 4 septembre 2003

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 Cameroun expirera le 31 décembre 2003. Suivant l'ordre alphabétique anglais, le Cameroun sera remplacé par le Congo pour une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2004. Le Congo se joindra au Cap-Vert et aux Comores qui sont déjà membres du Comité d'orientation et de coordination.

Huitième séance, 5 septembre 2003

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

Le Ghana, le Sénégal et la Zambie sont membres du Comité d'orientation du programme Faire reculer le paludisme. Leur mandat de deux ans a pris effet à compter d'octobre 2002. La République démocratique du Congo se joindra à eux pour deux ans à compter de septembre 2003.

Huitième séance, 5 septembre 2003

Décision 13 : Qualifications et sélection du Directeur régional

Le Comité régional a décidé de réviser la procédure de désignation du Directeur régional en amendant de la manière suivante l'Article 52 du Règlement intérieur (amendements en gras) :

Article 52

1. Six mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Comité au cours de laquelle doit être désigné le Directeur, le Directeur général informe chacun des Membres qu'il recevra les noms des personnes proposées en vue de la désignation pour le poste de Directeur par le Comité.
2. Tout membre peut proposer pour le poste de Directeur un ou deux personnes, citoyens d'un État Membre de la Région et dont il communique le curriculum vitae. Ces propositions sont adressées au Directeur général de façon à lui parvenir au Siège de l'Organisation, à Genève (Suisse), douze semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session.
3. Si le Directeur en fonction est disponible pour un nouveau mandat, le Directeur général en informe chacun des Membres au moment où il les invite à proposer des noms de candidats au poste de Directeur. Dans ces conditions, le nom du Directeur en fonction est soumis automatiquement au Comité et n'a pas besoin d'être proposé par un Membre.
4. Dix semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, le Directeur général fait parvenir sous pli confidentiel à chacun des Membres une copie de toutes les propositions en vue de la désignation du Directeur qu'il a reçues dans les délais spécifiés (avec les curriculums des intéressés).
5. Si le Directeur général n'a reçu aucune proposition suffisamment à temps pour la transmettre aux Membres conformément aux dispositions du présent article, les Membres en sont informés dix semaines au moins avant l'ouverture de la session du Comité. Le Comité établit lui-même une liste de candidats comprenant les noms des personnes proposées secrètement par les représentants présents et habilités à voter.
6. Si le Directeur général reçoit plus de cinq candidatures dans les délais prescrits au paragraphe 2, le Comité établit une liste restreinte de cinq candidats au début de sa session. A cet effet, le Comité organise un scrutin secret, et les cinq candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont inclus dans la liste restreinte.

7. Les candidats proposés conformément au paragraphe 2 ou inscrits sur la liste restreinte conformément au paragraphe 6 sont examinés par le Comité aussitôt que possible. Cet examen consiste en un exposé présenté par chaque candidat en plus de réponses à des questions posées par les Membres du Comité. Le Comité détermine le cas échéant les modalités de cet examen.
8. La désignation du Directeur régional a lieu au cours d'une séance privée du Comité. Le Comité effectue au scrutin secret une sélection parmi les personnes dont la candidature est soumise conformément aux paragraphes 2 et 6 du présent article, en procédant comme suit :
- a) Chacun des représentants habilités à voter inscrit sur son bulletin le nom d'un seul candidat choisi parmi les personnes proposées **ou inscrites sur la liste restreinte conformément au présent article.**
 - b) Le candidat ayant obtenu, lors d'un scrutin, la majorité requise est déclaré désigné.
 - c) Si, lors d'un scrutin, aucun candidat n'obtient la majorité requise, le candidat qui a recueilli le moins de voix est éliminé.
 - d) Lorsqu'il n'y a plus que deux candidats, il est procédé à autant de tours de scrutins qu'il sera nécessaire pour que l'un d'eux obtienne la majorité requise.
 - e) Dans l'éventualité où ces deux candidats resteraient à égalité de voix après le troisième tour de scrutin, la procédure établie sera reprise sur la base de la liste des candidats.
9. Le nom de la personne ainsi désignée sera soumis au Conseil exécutif.

Sixième séance, 4 septembre 2003

RÉSOLUTIONS

AFR/RC53/R1 : Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance de la conclusion de la Commission Macroéconomie et Santé selon laquelle un mauvais état de santé contribue pour beaucoup à la pauvreté et à une faible croissance économique;

Conscient du fait que les investissements dans le domaine de la santé ont d'importantes retombées pour la réduction de la pauvreté et le développement économique;

Rappelant la résolution AFR/RC52/R4 sur la pauvreté et la santé et la résolution WHA55.19 dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé recommande le recours au programme d'action de la Commission Macroéconomie et Santé, approche utile pour parvenir aux Objectifs de Développement pour le Millénaire;

Rappelant l'engagement pris par les Chefs d'État africains à Abuja de consacrer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé;

Appréciant l'appui actuellement fourni dans le cadre d'initiatives internationales comme l'initiative pour la réduction de la dette des pays pauvres très endettés, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial pour la recherche en santé, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), l'initiative Faire reculer le paludisme, l'initiative Halte à la tuberculose et la Fondation Bill et Melinda Gates;

Reconnaissant que l'OMS est particulièrement bien placée pour aider les pays à formuler des politiques et plans en matière de santé, à déterminer les priorités sanitaires et à identifier les interventions d'un bon rapport coût/efficacité, etc.;

1. APPROUVE les principes et mesures générales énoncés dans le document AFR/RC53/8 Rév.1 intitulé «Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine»;
2. INVITE instamment les États Membres :
 - a) à diffuser largement auprès de toutes les parties prenantes les conclusions et recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé et à bâtir un consensus sur les mesures concrètes à prendre;

- b) à mettre en œuvre ou renforcer les mécanismes institutionnels pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé;
- c) à élaborer des plans stratégiques pluriannuels en vue d'accroître les investissements dans des interventions de santé destinées aux pauvres;
- d) à réviser les plans de développement du secteur de la santé et des secteurs apparentés, les composantes pertinentes des documents de stratégie de réduction de la pauvreté et des cadres de dépenses à moyen terme pour incorporer les plans stratégiques d'intensification des investissements en santé en faveur des pauvres;
- e) à honorer l'engagement pris par les Chefs d'État à Abuja de consacrer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé;
- f) à utiliser les plans stratégiques pluriannuels pour mobiliser durablement des ressources auprès de sources nationales et externes;
- g) à associer étroitement tous les ministères et organismes responsables des différentes composantes du plan stratégique (services de santé, eau, assainissement, nutrition, éducation, finances, plan, etc.) durant la planification, la mise en œuvre et la surveillance;
- h) à renforcer les capacités en matière d'économie de la santé et de santé publique dans les Ministères de la Santé et dans d'autres secteurs pertinents afin de promouvoir les investissements en faveur de la santé et de prévenir et minimiser les effets négatifs des projets de développement sur la santé;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un accroissement des investissements dans le domaine de la santé et de les considérer comme un moyen efficace de réduire la pauvreté et d'accélérer le développement économique;
- b) d'aider les pays à renforcer les dispositions institutionnelles en vigueur en vue de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé;
- c) de surveiller et documenter les leçons qui se dégagent de la mise en œuvre des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé dans différents pays et de faciliter l'apprentissage mutuel entre pays;

- d) d'apporter un appui aux institutions régionales qui forment des économistes de la santé et font de la recherche en économie de la santé;
- e) de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la Commission.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R2 : Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document AFR/RC53/9 Rév.1 relatif au renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé;

Appréciant l'opportunité offerte par ce document pour discuter de la question du renforcement des hôpitaux;

Profondément préoccupé par le fonctionnement actuellement peu satisfaisant de la plupart des hôpitaux de la Région;

Conscient de la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de qualité au regard des problèmes de santé croissants posés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme;

Considérant la nécessité de voir les hôpitaux jouer un plus grand rôle dans la prise en charge des besoins des victimes des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme;

Convaincu du rôle important que des hôpitaux pleinement opérationnels, en tant que partie intégrante des systèmes nationaux de santé peuvent jouer dans la réalisation de la santé pour tous, y compris leur contribution à la rétention des personnels de santé bien qualifiés;

Rappelant la résolution AFR/RC42/R6 sur la réorientation et la restructuration des hôpitaux fondées sur les soins de santé primaires, la résolution AFR/RC45/R3 sur les stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine et la résolution AFR/RC44/R15 sur la sélection et le développement des technologies de la santé au niveau du district;

Déterminé à faire en sorte que les hôpitaux assument correctement leurs fonctions de prestation des soins de recours de haute qualité, de formation et de perfectionnement des agents de santé, ainsi que celles relatives à l'information et la recherche,

1. APPROUVE les orientations contenues dans le document AFR/RC53/9 Rév.1 qui visent à renforcer le rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région;

2. DEMANDE instamment aux États Membres :

- a) d'élaborer des politiques cohérentes pour un développement hospitalier durable, de manière à garantir la complémentarité avec les autres services à tous les niveaux du système de santé, notamment en renforçant le système d'orientation/recours et en veillant à promouvoir l'accès des pauvres aux services hospitaliers;
- b) de jouer un rôle d'administration générale efficace dans le renforcement du secteur hospitalier afin d'améliorer la performance de ce secteur, tant dans la prestation des soins médicaux que dans les domaines comme la formation des spécialistes; le renforcement des systèmes d'information et de la recherche; ainsi que la sélection, l'utilisation et le développement des technologies sanitaires;
- c) de mettre en place des mécanismes appropriés pour la gestion et la maintenance des hôpitaux, y compris la participation des communautés et de la société civile;
- d) de mettre à jour ou d'élaborer une législation appropriée en vue d'améliorer la performance des hôpitaux;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) d'apporter un appui approprié aux pays dans leurs initiatives de renforcement des hôpitaux;
- b) de mettre en place un comité d'experts régionaux chargé de donner des orientations techniques sur le renforcement des hôpitaux;
- c) de faire rapport à la cinquante-sixième session du Comité régional en 2006 sur la mise en œuvre de la présente résolution.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R3 : Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA27.59 sur la prévention des accidents de la circulation, WHA49.25 et WHA50.19 en matière de prévention de la violence;

Rappelant la Convention internationale sur les droits de l'enfant et le *Rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé*;

Préoccupé par l'augmentation des cas de traumatismes dans la Région, principalement dus aux accidents de la circulation, aux conflits armés et à la violence interpersonnelle;

Convaincu que l'amélioration de la santé nécessite un solide enracinement dans la paix et la prévention des conflits;

Convaincu qu'en agissant de façon intégrée sur les facteurs environnementaux et comportementaux à l'échelle des individus et de la communauté, l'action de santé publique peut sensiblement réduire la charge que les traumatismes imposent à la société;

Ayant examiné attentivement le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC53/10 Rév.1, qui présente les grandes lignes du plan d'action de lutte contre les traumatismes dans la Région africaine,

1. APPROUVE le plan d'action proposé dans le document AFR/RC53/10 Rév.1 intitulé «Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action»;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :
 - a) entreprendre un plaidoyer continu pour la paix et pour la résolution pacifique des conflits;
 - b) sensibiliser les individus, les communautés, les services sociaux, les pouvoirs publics régionaux et locaux, et les donateurs à l'important problème de santé publique que constituent les traumatismes et la violence;
 - c) adopter et mettre en œuvre dans une démarche consensuelle, des politiques et programmes nationaux de lutte contre les traumatismes et la violence;

- d) améliorer les programmes nationaux de préparation, de soins pré-hospitaliers et hospitaliers, et de réadaptation afin de réduire les conséquences immédiates et à long terme des traumatismes;
- e) élaborer, mettre en place et évaluer un système d'information pour la prévention des traumatismes et de la violence;
- f) encourager les travaux de recherche pour combler le manque d'informations sur les traumatismes et la violence;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux pays des lignes directrices et d'autres instruments pour le plaidoyer et l'action;
- b) d'aider les pays à réunir des moyens pour la prévention des traumatismes et de la violence, et bâtir des réseaux et des partenariats;
- c) de promouvoir la recherche aux niveaux national et régional sur les causes, les facteurs de risque et les conséquences des traumatismes et de la violence;
- d) de documenter et diffuser des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention des traumatismes et de la violence;
- e) d'aider les pays membres à se doter de systèmes d'information adéquats et à en surveiller le fonctionnement;
- f) de faire rapport à la cinquante-septième session du Comité régional en 2007 sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R4 : Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions précédentes WHA40.27, WHA42.42, WHA43.10 et WHA45.25 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la santé des femmes et le développement;

Gardant à l'esprit les résolutions du Comité régional AFR/RC39/R9 sur les pratiques traditionnelles qui affectent les femmes et les enfants, AFR/RC43/R6 sur les femmes, la santé et le développement et AFR/RC47/R4 sur la promotion de la participation des femmes aux activités de santé et de développement;

Souscrivant à la Politique de la santé pour tous pour le 21^{ème} siècle dans la Région africaine : Agenda 2020, qui recommande la création de conditions permettant aux femmes de participer au développement sanitaire, d'en bénéficier, et de jouer un rôle de chef de file à cet égard;

Ayant à l'esprit les instruments relatifs aux droits humains contenus dans les conventions, déclarations et chartes internationales et régionales;

Constatant avec inquiétude les taux extrêmement élevés de morbidité et de mortalité chez les femmes, et les efforts supplémentaires que les États Membres devront consentir pour atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé de la femme, et notamment la santé maternelle;

Convaincu de la nécessité de disposer de données ventilées selon le sexe et d'incorporer une perspective hommes-femmes dans les programmes de santé,

1. APPROUVE le document «Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine», qui est centré sur les problèmes de santé uniquement féminins ou plus fréquents chez les femmes, ainsi que ceux ayant les conséquences plus graves et comportant différents facteurs de risque pour elles;
2. FÉLICITE le Directeur régional pour s'être fait l'avocat, le promoteur et le défenseur de la santé de la femme dans la Région;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :
 - a) d'accorder une plus grande priorité à la santé de la femme dans leur programme national de développement socioéconomique, à travers le renforcement et l'élargissement des efforts pour atteindre les objectifs internationaux d'amélioration de la santé de la femme, et plus particulièrement l'éducation des fillettes;
 - b) de consentir des efforts additionnels pour améliorer le plaidoyer en faveur de la santé de la femme au niveau le plus élevé des politiques et programmes de santé, la mobilisation de ressources et la création de partenariats, ainsi qu'un engagement politique soutenu en faveur de la Déclaration d'Abuja;

- c) de promouvoir l'accès de toutes les femmes à toute une gamme d'informations et de services de santé de qualité, en mettant l'accent sur les principales causes de morbidité et de mortalité;
- d) d'accélérer la mise en œuvre d'interventions visant à éliminer toutes formes de violence et de pratiques traditionnelles néfastes, sur la base des stratégies internationales et régionales existantes;
- e) d'équiper le personnel de santé, les communautés, les familles et les individus, femmes et hommes, du savoir-faire nécessaire leur permettant d'élaborer, de mettre en œuvre, de surveiller et d'évaluer à tous les niveaux, les politiques et programmes relatifs à la santé de la femme;

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux États Membres un appui technique pour l'élaboration de politiques et la mise en œuvre de conventions et déclarations adoptées en vue d'atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé de la femme;
- b) de poursuivre le plaidoyer en faveur d'une approche stratégique de réduction de la morbidité et de la mortalité chez les femmes, incluant les interventions efficaces de l'Initiative Pour une maternité sans risque, des plans régionaux pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques traditionnelles nuisibles, la prévention de la violence, et l'éducation des fillettes;
- c) de mobiliser les gouvernements, les institutions des Nations Unies, les ONG et d'autres parties prenantes afin qu'ils organisent des colloques, conférences et ateliers qui replacent la santé de la femme au centre du programme de développement national;
- d) d'appuyer les institutions publiques et privées et les experts nationaux pour qu'ils fassent des recherches sur les priorités dégagées et documentent les résultats et les meilleures pratiques à l'intention des États Membres en vue d'une application intégrale des approches rentables qui permettront d'améliorer la santé de la femme;
- e) de poursuivre l'engagement de l'OMS à incorporer les questions relatives au genre dans les politiques et programmes;
- f) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-sixième session et, par la suite, tous les trois ans, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de la santé de la femme.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R5 : Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives

Le Comité régional,

Ayant présent à l'esprit que la Constitution de l'OMS comporte la salubrité des aliments comme composante du mandat de l'Organisation;

Rappelant la résolution WHA53.15 (mai 2000), qui a reconnu la salubrité des aliments comme l'une des fonctions essentielles de la santé publique;

Considérant que les principaux risques associés aux aliments dans la Région sont d'origine microbiologique, chimique, physique, radioactive et bio-technologique;

Reconnaissant que les maladies d'origine alimentaire contribuent de façon significative à la charge de morbidité, en particulier au sein des groupes à haut risque tels que les pauvres, les enfants, les voyageurs et les victimes des catastrophes;

Préoccupé par le fait que le manque de recherche adéquate sur la salubrité des aliments compromet l'élaboration de stratégies et politiques de prévention et de lutte fondés sur des bases factuelles;

Approuvant le document AFR/RC53/12 Rév.1 intitulé «Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives»,

1. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) d'élaborer ou de mettre à jour des politiques et des législations relatives à la salubrité des aliments et basées sur une évaluation scientifique des facteurs de risque et une prévention prenant en compte toute la chaîne alimentaire;
- b) de garantir l'harmonisation des règlements sur la salubrité des aliments avec les normes et standards internationaux relatifs aux aliments, y compris par une participation active des pays aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et de ses comités;
- c) d'intégrer ou de renforcer l'éducation et l'information en matière de salubrité des aliments aux programmes de formation ciblant les manipulateurs des aliments à tous les niveaux, les consommateurs, les producteurs et les fermiers;
- d) d'intégrer ou d'accorder davantage de place aux questions relatives à la salubrité des aliments dans les programmes d'enseignement, depuis les écoles primaires jusqu'à l'enseignement supérieur;

- e) de mettre en place un réseau de laboratoires dotés d'infrastructures fonctionnelles et de ressources adéquates dans le cadre du système national de surveillance assurant la préparation et la réponse des pays face aux risques liés aux aliments;
- f) d'assurer la coordination et la constitution de réseaux aux niveaux national, inter-pays et régional entre les divers intervenants, y compris le secteur privé;

2. PRIE le Directeur régional;

- a) de poursuivre le plaidoyer en faveur de l'intégration de la salubrité des aliments aux stratégies et objectifs nationaux de développement;
- b) de fournir un appui technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de législations relatives à la salubrité des aliments;
- c) de promouvoir la recherche et la surveillance concernant la salubrité des aliments;
- d) de renforcer la collaboration avec les autres partenaires internationaux et organismes concernés afin que les décisions concernant la salubrité des aliments et les questions de santé liées aux nouvelles technologies, y compris aux aliments génétiquement modifiés, reposent sur des bases scientifiques;
- e) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-cinquième session en 2005.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R6 : Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose

Le Comité régional,

Notant avec préoccupation que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont des maladies associées à la pauvreté et les maladies transmissibles les plus importantes de la Région africaine, et reconnaissant les efforts déployés par le Comité régional en adoptant les résolutions AFR/RC40/R7 (1990), AFR/RC46/R2 (1996), AFR/RC50/R5 et AFR/RC50/R12 (2000) et par les États Membres en élaborant et en mettant en œuvre des plans d'action conformément à ces engagements;

Préoccupé par le fait que la mise en œuvre des stratégies de lutte existantes contre ces trois maladies n'a pas été efficace, que la couverture des soins et l'accès aux interventions demeurent faibles et que leur impact reste limité par l'insuffisance des ressources humaines et financières, la faiblesse des infrastructures et le coût inabordable des médicaments et autres produits;

Rappelant les engagements pris par les Chefs d'État, le système des Nations Unies et les partenaires internationaux dans la Déclaration d'Abuja, les programmes d'action contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, et lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA; et encouragé par les occasions offertes par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme;

Reconnaissant l'urgente nécessité d'intensifier les interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui existent afin de réduire la morbidité, la mortalité et les souffrances humaines associées à ces maladies,

1. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) d'élaborer des politiques et une législation appropriée pour instaurer un environnement favorable à l'intensification des interventions aux niveaux du district et de la communauté et de renforcer les systèmes nationaux de santé pour améliorer les interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de la santé, considérée comme un bien public;
- b) d'allouer des ressources nationales accrues aux activités de lutte contre ces maladies, en veillant à ce qu'elles soient inscrites dans les plans et budgets nationaux portant sur le développement et le secteur de la santé;
- c) d'accélérer la mise en œuvre des mesures multisectorielles de riposte, en précisant les rôles et les contributions des différents secteurs ainsi que les structures ou mécanismes de coordination et en fournissant des moyens adéquats aux Ministères de la Santé pour l'exécution des activités de ce secteur;
- d) de renforcer aux plans quantitatif et qualitatif les personnels chargés de la gestion, de la prestation des services, de la surveillance et de l'évaluation des programmes, en exploitant la capacité encore sous-utilisée des institutions nationales d'enseignement, de formation et de recherche, et en plaidant auprès des partenaires internationaux pour un soutien à long terme en faveur de la valorisation des capacités humaines;

- e) de promouvoir et de financer, entre autres choses, la recherche opérationnelle et la recherche sur les médicaments traditionnels dans le cadre des plans de santé de district, en veillant à éliminer les obstacles à la mise en œuvre et à recenser les approches les plus efficaces pour intensifier les programmes;
- f) d'engager les anciens et les nouveaux partenaires tels que les dispensateurs de soins de santé du secteur privé, les entreprises, les tradipraticiens, les ONG et les organisations communautaires à participer à la mise en œuvre des programmes et à la prestation des services liées à ces trois maladies, à orienter les agents de santé et à les former aux approches participatives et aux techniques de facilitation;
- g) de décentraliser la gestion des programmes et des interventions, en renforçant les capacités au niveau des districts et au niveau local ainsi qu'en mettant en place des mécanismes d'affectation des ressources et de décaissement des fonds qui garantissent un financement adéquat à ces niveaux;
- h) d'intégrer les ensembles d'interventions ayant un bon rapport coût/efficacité contre ces maladies dans les ensembles de prestations de santé essentielles à tous les niveaux et d'accélérer la coordination et l'intégration de la planification, de la formation, de la prestation de services, du suivi et de l'évaluation des activités dans les programmes et services pertinents;
- i) de plaider auprès de la communauté internationale pour un accroissement des ressources destinées à faciliter la mise en œuvre d'actions efficaces;
- j) d'accélérer la mise en œuvre d'initiatives telles que le pré-emballage dans le pays, la distribution aux niveaux périphériques, et l'achat en gros des médicaments, des moyens diagnostiques et autres matériels afin de les rendre accessibles et abordables aux groupes bénéficiaires;

2. DEMANDE aux partenaires internationaux d'intensifier leur appui aux pays, en renforçant notamment les formations sanitaires et les ressources humaines et financières à tous les niveaux du système de santé, de manière à inverser la tendance des maladies;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres afin qu'ils puissent élaborer et appliquer des plans stratégiques pour l'intensification des interventions contre ces maladies et renforcer la capacité des systèmes de santé;

- b) d'appuyer la recherche opérationnelle et le processus de documentation, et de diffuser l'information sur les moyens efficaces qui permettent de renforcer les interventions;
- c) de plaider en faveur d'une augmentation des ressources et d'un appui international à long terme pour renforcer les capacités humaines et les infrastructures à tous les niveaux des systèmes de santé;
- d) de collaborer étroitement avec le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, en préconisant des mécanismes qui puissent accélérer le décaissement des fonds en faveur des pays;
- e) de suivre l'amplification des interventions et de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès accomplis.

Sixième séance, 4 septembre 2003

AFR/RC53/R7 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Se félicitant des mesures préparatoires prises par le Secrétariat pour organiser la cinquante-troisième session du Comité régional à Johannesburg (Afrique du Sud);

Appréciant les efforts tout particuliers consentis par Son Excellence M. Thabo Mbeki, Président de la République d'Afrique du Sud, ainsi que par le Gouvernement et le peuple sud-africains pour faciliter la tenue de la cinquante-troisième session du Comité régional;

Sensible à l'hospitalité toute africaine accordée à tous les États Membres et à leurs délégations ainsi qu'aux autres participants,

1. REMERCIE de tout cœur le Gouvernement d'Afrique du Sud pour toute l'aide octroyée au Bureau régional afin d'assurer le succès de la cinquante-troisième session du Comité régional;
2. EXPRIME sa profonde gratitude à M. Thabo Mbeki, Président de la République d'Afrique du Sud, pour avoir aimablement accepté de se faire représenter à l'ouverture de la cinquante-troisième session du Comité régional;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre ses sincères remerciements à M. Thabo Mbeki ainsi qu'au Gouvernement et au peuple d'Afrique du Sud.

Huitième séance, 5 septembre 2003

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

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

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

3. Elle a fait observer que cette année marquait le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, ce qui donne aux pays une occasion unique de faire le point des progrès accomplis et de remobiliser les énergies afin d'atteindre les Objectifs de Développement pour le Millénaire.

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

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

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

7. Le Professeur A. J. Rasamindrakotroka, Vice-Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional, a informé les délégués que, conformément au Règlement intérieur, il présiderait la session jusqu'à l'élection du nouveau Président. Il a noté que les principaux déterminants de la mauvaise santé dans la Région étaient la faiblesse des systèmes de santé, l'aggravation de la pauvreté, la persistance des inégalités ainsi que les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits.

8. Il s'est félicité des progrès accomplis depuis la dernière session du Comité régional et souligné l'importance d'une collaboration soutenue entre les pays pour résoudre les problèmes de l'Afrique. *(Le texte intégral de l'intervention figure à l'Annexe 7).*

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

10. Il a indiqué que l'excellente collaboration entre l'Union africaine et l'OMS, ainsi que la participation active des Ministres de la Santé, avaient permis de placer les problèmes de santé de l'Afrique au centre des préoccupations des responsables politiques chargés du développement socioéconomique. Il a rappelé à cet égard les recommandations formulées lors de la première Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine tenue à Tripoli (Libye) en avril 2003 et approuvées par les Chefs d'État au Sommet de Maputo en juillet 2003. Le défi consiste maintenant à traduire ces engagements en actions concrètes au niveau national en faisant en sorte que les populations s'approprient le processus, sous la conduite des Ministres de la Santé.

11. M. Doutoum a rappelé la lourde perte que constitue l'exode de personnels qualifiés vers des pays développés et s'est référé au Sommet des Chefs d'État africains tenu à Lusaka en 2001, Sommet qui a proclamé l'année 2004 comme «Année du développement des ressources humaines», en particulier pour les secteurs de la santé et de l'éducation. Compte tenu du calendrier fixé, M. Doutoum a souligné à quel point il serait difficile de traduire la Déclaration de Lusaka en mesures concrètes. Il a informé les participants que l'Union africaine avait proposé que cette question soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, et éventuellement à celui de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. *(Le texte complet de l'allocution se trouve à l'Annexe 8).*

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

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

14. Le Dr Samba s'est félicité du vif intérêt que portent les Chefs d'État africains aux questions de santé, comme en témoignent les programmes de l'Union africaine. Il a fait observer que le NEPAD était la première initiative conçue par l'Afrique elle-même et que l'OMS s'était engagée à faire en sorte que tous ses bureaux dans les pays organisent des réunions pour promouvoir cette initiative.

15. Le Directeur régional a annoncé aux délégués que l'Union européenne s'était engagée à fournir 600 millions d'Euros pour la recherche biomédicale en Afrique. Il a ajouté que cette question ferait l'objet d'une information plus fournie et d'une discussion plus approfondie au cours de la présente session du Comité régional.

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

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

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

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

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

21. Au sujet de la catastrophe que représente le VIH/SIDA, le Dr Lee a rappelé aux délégués que la Région africaine compte 30 millions d'individus séropositifs qui ont besoin de soins. Il a indiqué que l'un des nouveaux objectifs de la stratégie mondiale associant prévention, soins et traitement est celui de «3 millions d'ici 2005» qui signifie que trois millions de personnes aient accès aux antirétroviraux d'ici à 2005. À cet égard, il a ajouté que

le succès exigera des systèmes de santé renforcés et des ressources humaines compétentes. La stratégie des «3 millions d'ici 2005», élaborée en collaboration avec d'autres partenaires, sera annoncée le premier décembre, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA.

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

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

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

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

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

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

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

29. Le Directeur général a conclu en indiquant qu'il reviendrait en novembre dans la Région africaine pour assister à la session informelle du Conseil exécutif de l'OMS qui se tiendra au Ghana. *(Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 9).*

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

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

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

33. Le Ministre Lekota a donné un exemple de collaboration intersectorielle couronnée de succès au sein de la Communauté pour le Développement de l'Afrique australe (SADC) entre les Ministères de la Santé et de la Défense dans le cadre du projet «Course contre le paludisme». Cet exemple montre que les ressources des forces armées peuvent être utilisées

à des fins civiles telles que la promotion de la santé. En conclusion, il a encouragé les dirigeants, les professionnels et les citoyens du continent à continuer d'œuvrer ardemment pour éliminer le sous-développement. (*Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 10*).

Orateurs invités

34. Le Dr Philippe Busquin, Commissaire européen à la recherche, a présenté le partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP) qui a été conçu comme un partenariat entre les pays d'Afrique et d'Europe pour la recherche à long terme. Il a expliqué que l'EDCTP était le plus grand programme d'essais cliniques entrepris en Afrique, qu'il était basé sur les besoins réels des pays en développement et que son budget sera de 600 millions d'Euros (*voir Annexe 11*).

35. Le Premier Ministre du Mozambique, le Dr Pascoal Mocumbi, a souligné que l'un des défis auxquels la Région est confrontée réside dans la nécessité de mettre en œuvre les décisions et recommandations adoptées par les Chefs d'État et de Gouvernement dans le domaine de la santé. S'il est vrai que le NEPAD offre un cadre approprié, des capacités techniques et des données factuelles scientifiques demeurent requises pour l'action. Il s'ensuit que la formation et la recherche devraient être considérées comme des mesures prioritaires dans le cadre du plan d'action que l'EDCTP se propose de fournir (*voir Annexe 12*).

36. Le Directeur régional a remercié les orateurs invités et a souligné à nouveau l'importance de la recherche et du renforcement des capacités dans ce domaine dans la Région africaine. Il a néanmoins estimé qu'il était nécessaire d'avoir de plus amples informations pour mieux comprendre les modalités de mise en œuvre du programme et le rôle que l'on attend du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dans le processus de cette mise en œuvre; il a en outre insisté sur le fait qu'une période de cinq ans était insuffisante pour le renforcement des capacités, surtout dans le domaine de la recherche.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

37. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des États Membres suivants : Burkina Faso, Éthiopie, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, République centrafricaine, Rwanda, Sierra Leone, Swaziland, Tchad et Zimbabwe. Le Sous-Comité s'est réuni à 12h30 le lundi 1^{er} septembre 2003 et a élu comme Président, le Dr Abel Dushimimana, Ministre de la Santé du Rwanda. Étaient absents les États Membres suivants : Éthiopie, Libéria et Sierra Leone.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

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

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

1^{er} Vice-Président : Dr Jean Yagi Sitolo
Ministre de la Santé,
République démocratique du Congo

2^{ème} Vice-Président : Professeur Eyitayo Lambo
Ministre de la Santé, Nigéria

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

M. Jim Muhwezi
Ministre de la Santé, Ouganda

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

Présidents des Tables rondes

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

Adoption de l'ordre du jour

39. Le Président de la cinquante-troisième session du Comité régional, le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé d'Afrique du Sud, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC53/1) et le projet de programme de travail (document AFR/RC53/1 Add.1 Rév.2), qui ont été adoptés sans modification (voir Annexes 2a et 2b).

Adoption de l'horaire de travail

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

Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

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

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

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

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

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

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL POUR 2002 (document AFR/RC53/2)

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

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

Développement et direction d'ensemble des programmes

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

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

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

- a) le passage de l'Afrique de l'Organisation de l'Unité africaine à l'Union africaine, les questions de santé prioritaires restant au premier plan du programme de travail des Chefs d'État;
- b) l'importance croissante accordée au Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), instrument clé de développement de l'Union africaine;
- c) l'intégration de la composante santé des Objectifs de Développement pour le Millénaire dans les programmes de santé nationaux et régionaux;
- d) la prise de conscience par l'Assemblée mondiale de la Santé que le programme d'action de la Commission Macroéconomie et Santé est vital pour la réalisation des objectifs de développement pour le millénaire;
- e) la survenue de catastrophes naturelles comme la sécheresse en Afrique australe, avec ses graves conséquences pour la santé;
- f) la fréquence de catastrophes dues à l'action humaine dans certains pays d'Afrique occidentale et centrale;
- g) l'accroissement de la charge de morbidité, particulièrement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et le constat évident que le VIH/SIDA continue d'être une grave menace pour la santé publique et que, malgré la multitude des partenariats et des initiatives, les ressources disponibles pour combattre la pandémie de VIH/SIDA sont encore très limitées;

- h) la mise en œuvre de l'initiative en faveur des pays conçue par l'OMS pour renforcer sa présence et son action dans les pays.

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

52. Le Dr Sambo a fait état des principales réalisations dans les domaines d'activité ci-après au titre du développement et de la direction d'ensemble des programmes : *Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et initiatives, Budget et réforme administrative, Organes directeurs, Politique et promotion en matière de recherche* et, enfin, *Bases factuelles à l'appui des politiques de santé*.

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

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

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

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

57. Au titre de la *Politique et coordination en matière de recherche*, le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires s'est réuni à Maurice pour

examiner les modalités pratiques permettant d'améliorer l'examen bioéthique dans les États Membres, les mécanismes de promotion de la recherche dans les établissements de formation et les perspectives de recherche sur les maladies non transmissibles. De plus, le Comité régional de l'OMS a continué à faciliter la désignation ou la redésignation de centres collaborateurs de l'OMS dans la Région.

58. Concernant les *Bases factuelles à l'appui des politiques de santé*, le Bureau régional a préparé et diffusé une brochure intitulée «Situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS : indicateurs de base», qui présente les indicateurs de base à utiliser pour vérifier la réalisation des objectifs de la politique régionale de la santé pour tous. De plus, 100 spécialistes de haut niveau (planificateurs et experts de la santé publique) originaires de 43 États Membres ont reçu une formation en matière de macroéconomie et de santé, afin de dégager plus facilement des bases factuelles dans les budgets nationaux de la santé, le financement de la santé et les composantes sanitaires des stratégies nationales de réduction de la pauvreté.

59. Le Dr Sambo a, d'autre part, fait ressortir les principaux résultats obtenus par les six Divisions du Bureau régional, à savoir : Développement des systèmes et services de santé; Lutte contre les maladies transmissibles; Lutte contre les maladies non transmissibles; Santé de la famille et Santé génésique; Milieux favorables à la santé et Développement durable; et Administration et finances. Il a déclaré que les détails allaient être fournis par les Directeurs des Divisions concernées.

60. Le Dr Sambo s'est déclaré optimiste car l'intégration régionale africaine, le renforcement des communautés économiques régionales, le programme d'action du NEPAD et l'appui promis par la communauté internationale laissaient entrevoir de meilleures perspectives de paix et de stabilité qui devaient favoriser la croissance économique et permettre aux pays d'affecter davantage de ressources à la santé. Dans son rapport, la Commission Macroéconomie et Santé a reconnu que le secteur de la santé dans la Région africaine souffrait d'un financement nettement insuffisant, d'où la nécessité impérieuse d'accroître les crédits alloués.

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

- a) l'adhésion croissante des États Membres aux politiques et normes de l'OMS;
- b) une plus grande prise de conscience mondiale et un engagement plus grand vis-à-vis des problèmes de santé publique;
- c) une meilleure coordination de l'appui apporté par l'OMS aux États Membres;

- d) les promesses formulées au niveau international et les espoirs qu'elles ont suscités en ce qui concerne l'augmentation des financements destinés à améliorer la situation sanitaire, notamment celle des couches pauvres de la population africaine.

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

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

64. Afin d'augmenter les chances de remporter la victoire sur les maladies et la pauvreté, a-t-il ajouté, l'OMS intensifiera son appui aux pays pour renforcer leurs systèmes nationaux de recherche en matière de santé pour qu'ils génèrent les données factuelles nécessaires à un développement sanitaire national efficace et équitable.

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

66. Le Dr Sambo a déclaré que l'OMS était fermement convaincue que la stratégie sanitaire du NEPAD contribuerait à des réalisations encore plus grandes dans les programmes de santé prioritaires en cours déjà convenus par l'OMS et les États Membres. Il a informé le Comité que le Bureau régional avait fourni un appui technique au Secrétariat du NEPAD et avait facilité les interactions entre le Secrétariat du NEPAD et les Ministères de la Santé. On prévoit que des mesures importantes seront prises bientôt pour mettre en œuvre le programme de santé du NEPAD. L'OMS est déterminée à renforcer ses partenariats pour appuyer les pays par des activités complémentaires, en évitant les doubles emplois.

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

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

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

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

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

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

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

74. Rappelant l'engagement pris par les Chefs d'État dans la Déclaration d'Abuja d'allouer au moins 15 % de leur budget national à la santé, le Comité a demandé à l'OMS de fournir

un appui technique aux Ministères de la Santé afin qu'ils soient mieux à même de plaider vigoureusement en faveur d'un accroissement des investissements consacrés à la santé, conformément à l'engagement pris.

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

Développement des systèmes et services de santé

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

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

78. Le Dr Chatora a demandé instamment au Comité de ne pas perdre de vue, en examinant les systèmes de santé de la Région, l'environnement dans lequel ces systèmes fonctionnent, notamment en ce qui concerne la situation macroéconomique et la stabilité socio-politique qui sont des déterminants majeurs de la santé. Le Comité doit aussi tenir compte des principales causes des maladies. Le Dr Chatora a fait observer que le taux de croissance réel du PIB de l'Afrique était tombé de 4,3 % en 2001 à 3,2 % en 2002 et que les dépenses de santé par habitant y étaient très faibles. La pauvreté continue à augmenter dans les divers pays, et la paix et la sécurité demeurent fragiles dans nombre d'entre eux.

79. Au titre du domaine d'activité *Organisation des services de santé* (OSD), un appui a été accordé à sept pays pour l'évaluation de leurs politiques et plans stratégiques de santé. En collaboration avec le Siège, 18 États Membres ont reçu un appui pour participer à des enquêtes sanitaires mondiales. On a recueilli des données sur l'ampleur et les conséquences de la migration du personnel de santé qualifié dans six pays. Il est inquiétant de constater que, sauf dans deux des pays étudiés, plus de la moitié des personnels de santé ont exprimé l'envie de partir. Il faut s'attaquer d'urgence et de façon énergique au problème des ressources humaines pour la santé.

80. Au titre du domaine d'activité *Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques* (EDM), un appui a été apporté à deux pays pour l'élaboration de leur politique pharmaceutique nationale. Les réunions d'information tenues sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce (ADPIC) ont aidé les pays à utiliser certaines clauses de ces accords pour garantir l'accès aux médicaments, en particulier aux médicaments contre le VIH/SIDA, par exemple en favorisant la production locale. La cinquante-deuxième session du Comité régional a déclaré le 31 août «Journée africaine de la médecine traditionnelle»,

journée qui sera célébrée chaque année. Une étude pilote sur l'évaluation de la qualité des médicaments antipaludiques dans six pays a révélé des déficiences en ce qui concerne la substance active et les profils de dissolution de deux médicaments dans presque tous les six pays ayant fait l'objet de l'étude.

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

82. Ayant noté que l'accès à des médicaments de qualité en général et aux antirétroviraux en particulier était insuffisant, les États Membres ont demandé une aide pour la mise en place d'un mécanisme permettant d'homologuer convenablement les médicaments, d'inspecter les unités de fabrication et les systèmes de distribution, et d'analyser les échantillons de médicaments à des fins de contrôle de la qualité.

83. Dans le contexte de la décentralisation, les délégués ont estimé qu'il serait nécessaire de guider et d'aider les instances concernées aux échelons inférieurs pour qu'elles appliquent différentes approches comme la sous-traitance, la participation et l'autonomisation des communautés ainsi que divers types de partenariats avec les donateurs et les ONG. Ils ont demandé au Bureau régional de communiquer aux pays des exemples de bonnes pratiques dans des domaines tels que les approches sectorielles, les comptes nationaux de santé, la décentralisation, la délégation des pouvoirs et la sous-traitance.

84. Le taux élevé de migration des personnels de santé préoccupe vivement les pays, comme cela a été indiqué. Les États Membres ont noté que les acquis limités obtenus jusqu'ici seraient lourdement compromis si rien n'était fait. Ils ont donc demandé que soient effectuées de toute urgence une analyse de la situation et des interventions au niveau des pays et de l'Union africaine. Les délégués ont en outre souligné que l'exode des cerveaux prive les systèmes de santé d'une partie de leur personnel formé et qualifié. Ils ont demandé que l'Assemblée mondiale de la Santé adopte une résolution à ce sujet et ont préconisé un renforcement et un élargissement du programme de bourses de l'OMS. Enfin, ils ont demandé que cette question soit examinée par l'Assemblée générale des Nations Unies.

85. Les pays ont réaffirmé la pertinence des soins de santé primaires, mais ont noté que ceux-ci avaient été considérés comme un acquis ou avaient été oubliés. Ils ont pris l'engagement de renforcer les réformes de leurs secteurs de la santé en mettant de nouveau l'accent sur les soins de santé primaires. Ils ont demandé la tenue d'une réunion régionale en vue d'examiner la mise en œuvre des soins de santé primaires et de formuler des propositions sur les moyens d'améliorer la situation.

86. Plusieurs États Membres ont exposé leurs vues sur la part du budget devant être allouée à la santé, compte tenu de la cible actuelle qui est de 15 % des dépenses publiques. Cependant, même là où cette cible est atteinte, les fonds ainsi alloués sont encore loin des US \$34 par habitant recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé. La mise en place d'une assurance sociale a été proposée comme l'un des moyens de collecter davantage de fonds pour la santé.

87. Les membres du Secrétariat ont confirmé leur accord avec les propositions faites par les Ministres.

Lutte contre les maladies transmissibles

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

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

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

91. En ce qui concerne le domaine d'activité *Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte (CPC)*, l'incidence de la dracunculose a été réduite de 98 % et neuf pays ont lancé le processus d'éradication de cette maladie. Un appui a été accordé à trois pays où la prévalence de la lèpre reste supérieure à deux cas pour 10 000 habitants. Neuf pays ont

bénéficié d'un appui qui leur a permis de procéder au traitement de masse de 900 000 personnes dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique. Au titre de la lutte contre le paludisme, la filariose lymphatique, la leishmaniose et la trypanosomiase, six pays ont formé 325 membres du personnel de santé et agents de santé communautaires aux techniques de traitement des moustiquaires. Pour la prochaine période biennale, les efforts seront intensifiés en vue d'accélérer l'élimination de la lèpre et de la filariose lymphatique dans les pays touchés et d'éradiquer la dracunculose dans les pays d'endémie restants.

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

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

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

95. En ce qui concerne le domaine d'activité *VIH/SIDA* (HIV), des lignes directrices portant sur le traitement et les soins, le dépistage volontaire et les conseils ainsi que sur les services de laboratoire ont été élaborées et sont actuellement utilisées par quelques États Membres.

Quatorze pays ont bénéficié d'un appui qui leur a permis de planifier et d'assurer des services de soins au niveau du district pour le dépistage volontaire et les conseils, la lutte contre la transmission mère-enfant, la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles et la sécurité transfusionnelle. Cinq États Membres ont formulé des plans de santé sectoriels pour le VIH/SIDA et dix pays ont élaboré et utilisent désormais des ensembles d'interventions sanitaires contre le VIH/SIDA au niveau du district. Dans les années à venir, les efforts devraient être axés sur l'intensification des programmes de traitement et de soins, notamment sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV).

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

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

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

99. S'agissant de la transmission transfrontalière des maladies, notamment de la poliomyélite, on a demandé à l'OMS de conseiller aux États la stratégie à mettre en œuvre pour lutter contre les maladies transmissibles.

100. Les participants ont exprimé le besoin urgent d'une étude pour déterminer pourquoi la prévalence de la tuberculose augmente dans certains pays qui utilisent déjà la stratégie DOTS et réviser les approches de lutte en conséquence.

101. Les pays ont déploré le fait que la lutte contre la trypanosomiase ne bénéficie pas de toute l'attention qu'elle mérite. En outre, les délégués se sont demandés pourquoi les États Membres s'étaient fixé comme objectif l'élimination plutôt que l'éradication de la lèpre. Ils ont par ailleurs demandé au Bureau régional de fournir plus d'informations sur le Centre de surveillance pluripathologies de Ouagadougou (Burkina Faso).

Lutte contre les maladies non transmissibles

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

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

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

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

106. Dans le domaine d'activité *Nutrition*, les pays ont continué à recevoir un appui pour l'adoption de politiques et plans d'action nationaux relatifs à l'alimentation et à la nutrition. Un atelier a été organisé sur les carences en micronutriments. Les évaluateurs de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de 11 pays ont été formés. Trois pays ont reçu un appui pour la collecte de données de référence sur les micronutriments et l'allaitement au sein. De nombreuses activités de formation à l'échelon des pays ont été soutenues. L'OMS a prêté son

concours aux pays de l'Afrique australe qui font face à une crise alimentaire. Les partenariats avec d'autres donateurs (FAO, Banque mondiale, UNICEF) et la mobilisation de ressources seront renforcés.

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

108. Au titre du domaine d'activité *Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation*, un document intitulé «Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action» a été préparé. Le Bureau régional a largement diffusé le *Rapport sur la violence dans le monde* et aidé quelques États Membres à organiser des cérémonies nationales de lancement de ce rapport. Deux pays ont reçu un appui pour mettre en place des systèmes de surveillance des traumatismes et de la violence. Un atelier de formation sur les services de réadaptation à base communautaire a été organisé pour huit pays. Six pays ont reçu une aide pour réaliser une analyse de situation concernant les déficiences auditives et la cécité. Les activités de promotion et de soutien de la prévention et de la surveillance des traumatismes dans la Région se poursuivront.

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

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

111. S'agissant de la *Toxicomanie*, le Bureau régional a contribué activement à la première Conférence ministérielle sur la lutte contre la toxicomanie en Afrique qui s'est tenue à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). Les pays participants de l'Union africaine ont élaboré et adopté un plan d'action qui inclut la lutte contre l'alcoolisme. Un atelier de formation des formateurs sur l'épidémiologie de la toxicomanie active a été organisé pour les professionnels de 12 pays.

112. Étant donné les incidences nutritionnelles du VIH/SIDA et les niveaux élevés de malnutrition dus à l'insécurité alimentaire, il convient d'accorder à la nutrition la priorité qu'elle mérite.

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

Santé de la famille et santé génésique

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

115. Elle a informé le Comité régional que la Division était responsable de quatre domaines d'activité : *Santé de l'enfant et de l'adolescent* (CAH) avec deux programmes : Santé et développement de l'enfant et Santé de l'adolescent; *Recherche et développement de programmes en santé génésique* (RHR) avec trois programmes : Recherche en santé génésique, Formation en santé génésique, et Transmission mère-enfant du VIH/SIDA; *Initiative pour une grossesse à moindre risque* (MPS), chargée de la mise en œuvre de la Santé maternelle et de l'Initiative pour la maternité sans risque; *Santé et développement de la femme* (WMH) avec deux programmes : Santé et développement de la femme et Aspects sociaux de la santé de la famille et de la santé génésique.

116. En ce qui concerne la *Santé de l'enfant et de l'adolescent* (CAH), un appui a été fourni pour renforcer les services de santé néonatale moyennant la formation et l'achat d'équipements et de fournitures, l'élaboration et la diffusion en trois langues de la brochure «Nouveau-nés de l'Afrique : enfants oubliés», l'évaluation des programmes CAH dans six pays, l'analyse et la révision des politiques et programmes nationaux portant sur la santé des adolescents (ADH). Les efforts d'amélioration des capacités ont notamment porté sur la formation des ONG s'occupant des enfants des rues; l'élaboration de projets intégrés ADH sur la santé sexuelle et génésique, le groupe IST/VIH/SIDA et la toxicomanie; ainsi que sur l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant dans les programmes CAH. Les outils qui ont été mis au point comprennent le Cadre pour la mise en œuvre de la

stratégie régionale ADH et un module d'information sur la santé et le développement de l'adolescent. Depuis l'adoption de la stratégie ADH en 2001, 34 pays ont élaboré ou révisé leur programme national dans ce domaine.

117. Dans le cadre du domaine d'activité *Recherche et élaboration des programmes en santé génésique* (RHR), on a organisé une réunion régionale des directeurs de programmes RH, établi le groupe spécial régional en santé génésique et organisé sa première réunion; on a établi une base de données régionales RH et la cartographie des pourcentages de mortalité maternelle dans la Région; on a également aidé les pays à intégrer les interventions IST dans les services RH et à mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus par inspection visuelle, à l'aide de l'acide acétique; on a par ailleurs aidé les pays à mener des activités de recherche et à renforcer les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA; on a enfin évalué le projet d'appui psychosocial à l'intention des femmes séropositives et de leur famille au Zimbabwe.

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

119. Pour ce qui est du domaine d'activité *Santé et développement de la femme* (WMH), des profils nationaux relatifs à la santé et au développement de la femme ont été établis dans 18 pays en faisant ressortir les différences qui existent entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la recherche de soins de santé, l'accès à des services de santé de qualité et le pouvoir d'achat. La stratégie régionale WMH a été élaborée et révisée, et un cadre conceptuel portant sur le genre, la santé et le développement a été présenté à la vingt-neuvième Réunion régionale du Programme pour promouvoir l'intégration de la problématique homme-femme dans les activités de l'OMS. La politique de l'OMS en matière de genre a été diffusée dans les pays. Deux réalisations majeures ont été enregistrées en ce qui concerne l'élimination des mutilations sexuelles féminines (MSF) et d'autres pratiques traditionnelles néfastes : la création d'un groupe de collaboration multidisciplinaire sur les MSF dans 10 pays et l'établissement d'une base de données régionales sur WMH/MSF pour la collecte, la compilation et l'analyse des données provenant des pays.

120. En 2003, les efforts devaient être axés sur la mise en œuvre au niveau des pays, en s'attachant à recenser, à diffuser et à reproduire les meilleures pratiques et à améliorer les partenariats et la mobilisation des ressources pour les programmes de santé génésique.

121. Au cours du débat qui a suivi, des inquiétudes ont été exprimées face au taux élevé de mortalité maternelle dans la Région; les participants ont estimé que l'éducation des fillettes était sans doute l'une des meilleures stratégies pour réduire le nombre des décès maternels. Compte tenu de la forte mortalité observée parmi les nouveau-nés dans la Région, il a été demandé à l'OMS de donner des avis techniques aux États Membres pour le renforcement de la composante «soins aux nouveau-nés» de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque.

122. En raison de l'aggravation de la toxicomanie parmi les jeunes, notamment les enfants des rues, il a été demandé à l'OMS d'aider les pays à mettre sur pied des programmes spéciaux de prévention et de réadaptation.

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

Milieus favorables à la santé et développement durable

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

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

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

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

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

128. En ce qui concerne le domaine d'activité *Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours* (EHA), le Bureau régional a coordonné l'aide humanitaire lors des situations d'urgence survenues en République démocratique du Congo. Il a fourni un appui à la Guinée en vue de la prévention et de la prise en charge des actes de violence – particulièrement la violence sexuelle à Kissidougou. Il a fourni une assistance technique, des trousseaux de secours d'urgence, des vaccins, des médicaments et du matériel médical à un certain nombre de pays tels que le Burkina Faso, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée et le Mali. Le bureau régional d'appui pour la coordination inter-institutions qui s'occupe de la crise humanitaire dans les pays d'Afrique australe a été renforcé. Certains pays ont reçu une aide pour mieux se préparer aux situations d'urgence, notamment le Cameroun et la Guinée. Le Bureau régional continuera à jouer un rôle de premier plan pour coordonner l'organisation des secours assuré par le secteur de la santé et la préparation aux situations d'urgence.

129. Au titre du domaine d'activité *Salubrité des aliments* (FOS), une enquête régionale a été faite à ce sujet et un atelier de sensibilisation a été organisé à Bamako. Des informations sur la salubrité des aliments ont été publiées sur le site internet du Bureau régional. Grâce à ces efforts, les États Membres ont commencé à réagir de manière positive à la nécessité d'améliorer la salubrité des aliments. Le Botswana a organisé des ateliers dans six communautés pour les sensibiliser à cette question et le Kenya a mis au point des

instruments de surveillance alimentaire. Le Bureau régional entend renforcer davantage les compétences des pays en matière de surveillance des maladies d'origine alimentaire et d'élaboration de normes et de textes législatifs dans ce domaine.

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

131. Le Comité a formulé les recommandations suivantes :

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

Administration et finances

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

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

134. Les efforts menés au titre du domaine d'activité *Ressources humaines* ont été axés sur le renforcement de l'unité des ressources humaines en terme d'effectif et de matériel, la mise en place d'une nouvelle procédure de mise à l'essai des personnels temporaires d'appui avant leur recrutement ainsi que la formation des fonctionnaires d'administration et des assistants administratifs à la gestion du personnel et aux procédures administratives et financières. De plus, des séances d'information ont été organisées sur le nouveau système d'évaluation de la performance des personnels. A l'avenir, ce domaine d'activité privilégiera

la mise en œuvre de systèmes et pratiques modernes de gestion des ressources humaines pour faire face aux besoins actuels et futurs de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine.

135. Dans le domaine de la *Gestion financière*, le processus de décentralisation des fonctions de gestion financière a été élargi pour inclure les divisions techniques. Une formation en gestion financière a été donnée aux fonctionnaires et aux assistants d'administration des bureaux des pays. Afin de faciliter la mise en œuvre du Budget Programme régional, des rapports ont été régulièrement communiqués à ce sujet aux divisions et aux bureaux de pays, et des tableaux budgétaires ont été préparés pour le Budget Programme 2004-2005. Les enjeux actuels sont de continuer à fournir un appui administratif et financier aux bureaux de Harare et de Brazzaville et de renforcer les contrôles et la fonction de surveillance exercés par l'unité du budget et des finances.

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

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

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

139. Expliquant la situation, le Directeur régional a rappelé que le Comité avait pris la décision de rapatrier le Bureau régional à Brazzaville. Il a informé les délégués qu'avant la guerre il y avait environ 250 membres du personnel au Bureau régional – effectif qui a

doublé depuis le transfert à Harare. Trois cent membres du personnel sont déjà revenus à Brazzaville. A mesure que des locaux à usage de bureaux et d'habitation seront disponibles dans cette ville, le personnel encore présent à Harare sera transféré à Brazzaville.

Adoption du Rapport annuel

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

CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (documents AFR/RC53/3, AFR/RC53/4 et AFR/RC53/5)

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

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

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

- a) Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (WHA56.1)
- b) Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire (WHA56.6)
- c) Fonds immobilier : Bureau régional de l'Afrique (WHA56.14)
- d) Ressources humaines : parité entre les sexes (WHA56.17)
- e) Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde (WHA56.20)
- f) Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (WHA56.21)
- g) Mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé (WHA56.24)
- h) Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé (WHA56.25)

- i) Elimination de la cécité évitable (WHA56.26)
- j) Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (WHA56.27)
- k) Médecine traditionnelle (WHA56.31)

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

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

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

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

147. En ce qui concerne la résolution WHA56.6 : Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP) : vingt-cinquième anniversaire, les délégués ont relevé son importance et préconisé qu'elle soit placée dans le contexte plus vaste de la stratégie de la santé pour tous et du plaidoyer à l'intention des décideurs politiques et des partenaires pour le développement. Ils ont recommandé que l'on procède à une évaluation de l'impact des soins de santé primaires dans chaque pays et que le rapport de synthèse final soit largement diffusé. Ils ont souligné la nécessité d'actualiser les stratégies, étant donné l'existence de nouveaux problèmes sanitaires comme le VIH/SIDA de même que la nécessité de mobiliser davantage de ressources pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Il a été proposé que les fonds dégagés par l'allègement de la dette soient utilisés pour améliorer les soins de santé primaires ainsi que pour renforcer le système d'orientation/recours et la participation communautaire. L'Afrique du Sud a proposé d'accueillir les festivités marquant le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, une fois que les dates auront été indiquées.

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

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

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

151. Pour ce qui est de la résolution WHA56.25 sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, les délégués ont recommandé à l'OMS de mener une action de sensibilisation à l'échelon décisionnel le plus élevé des États Membres, de manière à faciliter la mise en œuvre.

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

153. En ce qui concerne la résolution WHA56.27 relative aux droits de propriété intellectuelle, à l'innovation et à la santé publique, les délégués ont prié l'OMS et les États Membres de continuer à améliorer l'accès aux médicaments génériques abordables pour des raisons éthiques et humanitaires.

154. Au sujet de la résolution WHA56.31 relative à la médecine traditionnelle, les délégués ont rappelé que trois années s'étaient écoulées depuis que l'Organisation de l'Unité

africaine avait proclamé la «Décennie internationale de la médecine traditionnelle» et ils ont recommandé que l'OMS convoque une réunion interpays pour sensibiliser l'opinion à la question et faire le point des progrès accomplis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC53/7)

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

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

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

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

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

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

171. Il a expliqué qu'afin de faciliter l'intensification des investissements sanitaires en faveur des pauvres suggérée par la CMS, le document AFR/RC53/8 Rév.1 a proposé les étapes génériques suivantes : l'édification d'un consensus sur la pertinence des conclusions et des recommandations de la CMS au niveau des pays; la conclusion d'arrangements institutionnels pour faciliter la mise en œuvre des recommandations de la CMS dans les pays; l'analyse de la situation et l'élaboration d'un plan stratégique pour les investissements dans le domaine de la santé; l'élaboration de directives sur la manière de combler les insuffisances de dépenses; la révision des plans de développement du secteur de la santé et des secteurs connexes ainsi que les éléments correspondants des Documents de Stratégie de

Réduction de la pauvreté; la mise en œuvre de plans stratégiques pluriannuels par les principaux Ministères et agences; la surveillance, l'évaluation et le compte rendu.

172. Il a recommandé au Comité l'adoption du document AFR/RC53/8 Rév.1 et du projet de résolution AFR/RC53/WP/1 y afférent.

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

- a) chaque pays devrait atteindre un consensus au sein du Ministère de la Santé à propos des recommandations de la CMS avant d'associer les autres parties intéressées au processus;
- b) chaque pays devrait y associer les parties intéressées, y compris d'autres secteurs pertinents et d'autres partenaires au développement;
- c) le programme d'action de la CMS devrait être discuté et approuvé par les gouvernements nationaux.

174. Les délégués ont indiqué qu'il était nécessaire d'analyser les facteurs qui sont à l'origine de la prévalence et de la sévérité accrues de la pauvreté dans la Région africaine. Ils ont attribué cette situation : aux programmes d'ajustement structurels qui ont été souvent mis en œuvre sans considération de leur impact humain; à la mondialisation qui a entraîné jusqu'à la privatisation des services sociaux; à l'introduction de programmes ayant recours à la participation financière des usagers, qui sont largement payés par les pauvres; à la pandémie de VIH/SIDA; à l'accroissement des coûts des soins de santé puisque les pays n'ont aucun contrôle sur la fixation des prix des médicaments, du matériel médical, etc. Pour relever ces défis, les délégués ont recommandé : le renforcement de l'intégration économique régionale; l'adoption de mesures plus vigoureuses en ce qui concerne les soins destinés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA par le recours aux médicaments antirétroviraux; une campagne énergique pour l'annulation de la dette et pour l'allocation au secteur de la santé de la majorité des fonds accordés aux pays pauvres les plus endettés.

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

- a) d'autres défis doivent être relevés en ce qui concerne les ressources humaines, en plus de la fuite des cerveaux, contrairement à ce qui est dit au paragraphe 16 (e);
- b) le rapport devrait comprendre une analyse des autres initiatives macro-économiques menées dans la Région;

- c) tout en reconnaissant la relation qui existe entre la macroéconomie et la santé, il est important de garder à l'esprit que l'intensification des interventions devra se faire au sein des systèmes de santé.

176. Les délégués ont estimé que l'OMS devrait assumer les responsabilités supplémentaires ci-après : i) l'élaboration d'un ensemble minimal d'indicateurs pour la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre de plans d'investissements pluriannuels dans le domaine de la santé; ii) la fourniture d'un appui technique et financier catalytique aux États Membres ayant l'intention d'élaborer des plans de mise en œuvre du plan d'action de la Commission; iii) l'octroi d'un appui aux pays afin qu'ils entreprennent des études macroéconomiques pour la revue des dépenses de santé publique et l'évaluation de l'impact des investissements consacrés à la santé sur le développement socioéconomique; iv) le plaidoyer auprès des Institutions de Bretton Woods (Banque mondiale et Fonds monétaire international) et d'autres agences des Nations Unies pour qu'elles intensifient les investissements sanitaires, comme le recommande la CMS.

177. Les États Membres ont également recommandé ce qui suit : quel que soit l'appui provenant des différents partenaires, les gouvernements devraient toujours avoir la haute main sur le processus du développement sanitaire; les États Membres devraient reconnaître le rôle essentiel des médias dans le plaidoyer pour un accroissement des investissements dans le secteur de la santé.

178. Les États Membres ont proposé de déterminer les priorités en ce qui concerne les étapes recommandées dans le document. La première priorité consisterait à améliorer le statut accordé à la santé en tant que déterminant des stratégies du développement socioéconomique et de réduction de la pauvreté. À cet égard, les Ministères de la Santé devraient assurer un plaidoyer plus vigoureux auprès des autres secteurs pertinents (par exemple les finances et le plan) en vue d'accroître les investissements consacrés à la santé. Le Comité a recommandé que : l'OMS et les États Membres plaident également en faveur de l'organisation d'une session extraordinaire des Nations Unies sur la macroéconomie et la santé; le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique prenne des contacts avec la Commission de l'Union africaine pour faire adopter la stratégie proposée sur la macroéconomie et la santé; les ministères de la santé redoublent d'efforts pour améliorer l'état de santé des populations; qu'un rapport d'activité sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie sur la macroéconomie et la santé soit présenté chaque année au Comité régional; que l'OMS aide les pays à institutionnaliser ou à renforcer les comptes nationaux de santé.

179. Les pays devraient respecter l'engagement pris par les Chefs d'État, d'allouer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé. Cependant, les États Membres reconnaissent que certains pays pourraient avoir des difficultés à honorer un tel engagement, vu les conditions macroéconomiques défavorables qui prévalent. À cet égard, l'OMS devrait fournir un appui technique aux États Membres pour leur permettre de définir une stratégie régionale de

mobilisation des ressources pour la santé. L'OMS et les États Membres devraient plaider énergiquement auprès des agences donatrices bilatérales et multilatérales pour obtenir des conditions spéciales de financement du secteur de la santé, en particulier pendant les situations d'urgence humanitaire.

180. Le Comité a proposé qu'on inscrive la question de l'assurance-maladie dans les pays à l'ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional.

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

182. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC53/8 Rév.1 et la résolution AFR/RC53/R1 y afférente.

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

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

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

185. Le Professeur Kombila-Koumba a conclu en affirmant que le développement des hôpitaux dans la Région africaine devrait s'inscrire dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Le fait d'accorder un intérêt approprié aux hôpitaux ne devrait pas détourner

l'attention des autres niveaux du système de santé. Il conviendrait, à cet égard de poursuivre les efforts déployés pour accélérer les soins de santé primaires (SSP). Cela nécessite que les autorités nationales jouent fermement leur rôle d'administration générale et que les partenaires manifestent leur engagement.

186. Il a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC53/9 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/2 y afférent.

187. Les délégués ont proposé que la gestion des hôpitaux soit assurée par des administrateurs professionnellement formés à la gestion des hôpitaux plutôt que par des médecins, afin d'instaurer une culture de la gestion dans les hôpitaux. Ils ont également insisté sur l'élaboration de plans d'action dans les hôpitaux pour promouvoir la rentabilité.

188. Les délégués ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et de mener la recherche opérationnelle pour mettre en évidence ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas; d'élaborer des outils et des indicateurs permettant de surveiller la performance des hôpitaux et d'actualiser régulièrement les besoins des hôpitaux en personnel ainsi que les besoins de ce dernier; de standardiser les matériels hospitaliers pour faciliter l'achat de l'équipement, l'acquisition des fournitures et leur entretien; de collaborer avec les tradipraticiens; de recourir à des approches novatrices pour motiver et retenir le personnel.

189. Au nombre des autres mécanismes susceptibles d'améliorer la performance des hôpitaux et le financement de la santé, les délégués ont cité : le partage des coûts, les fonds de roulement pour l'achat des médicaments, la pratique de la médecine privée à l'hôpital et l'assurance-maladie, des dispositions permettant la sous-traitance des services et la réglementation du secteur privé, et enfin la certification des programmes pour les hôpitaux. Ils ont exprimé la nécessité d'une étroite liaison avec les ministères des finances afin de résoudre le problème de l'accroissement des crédits en faveur du secteur de la santé.

190. Les États Membres ont proposé que l'OMS fasse campagne auprès d'autres partenaires de développement afin que ceux-ci octroient des subventions et des prêts avantageux pour le renouvellement des stocks hospitaliers et pour l'achat de matériels hospitaliers. L'OMS devrait en outre financer des études en vue d'améliorer la performance des hôpitaux, élaborer des outils, y compris des indicateurs de performance, et favoriser la mise en évidence et la diffusion des meilleures pratiques hospitalières.

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

192. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/9 Rév.1 et la résolution AFR/RC53/R2 y afférente.

Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action
(document AFR/RC53/10 Rév.1)

193. Le Dr Omar Sam, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a expliqué que le document souligne le fait que les traumatismes sont aussi importants que d'autres maladies et que la lutte contre les traumatismes obéit aux mêmes principes que la lutte contre les autres problèmes de santé publique. Les traumatismes sont dits volontaires ou involontaires. Les traumatismes involontaires résultent d'accidents de la route, d'intoxications, de chutes, d'incendies et de noyades, alors que les traumatismes volontaires peuvent être causés par la violence interpersonnelle, collective et infligée à soi-même.

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

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

196. Il a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC53/10 Rév.1 et le projet de résolution AFR/RC53/WP/3 qui s'y rapporte.

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

198. Pour améliorer le document, les délégués ont demandé que celui-ci mette un accent particulier sur les traumatismes psychologiques, notamment dans les pays qui ont connu des conflits. Ils ont, en outre, suggéré que des corrélations soient établies entre les divers

documents proposés par le Sous-Comité, notamment le document relatif au renforcement du rôle des hôpitaux dans les services de santé nationaux et celui portant sur les traumatismes et la violence. Dans ce dernier, cela consisterait à renforcer les soins d'urgence dans les hôpitaux et les services de santé, dans le cadre de la prise en charge des traumatismes.

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

200. Les délégués ont également demandé que le Bureau régional appuie : des actions de sensibilisation visant à mettre en évidence le rapport qui existe entre l'abus d'alcool et la lutte contre les traumatismes et la violence; la mise en place, par les pays, de services de soins d'urgence et de lutte contre les sévices sexuels dans les situations de conflit; le déblocage effectif de fonds pour une «assurance au tiers» destinée à la prise en charge des victimes des accidents de la route; le plaidoyer en faveur de l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant et l'adoption de textes législatifs portant sur la violence et la santé; et la formation du personnel de santé en psychiatrie.

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

202. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/10 Rév. 1 et la résolution AFR/RC53/R3 qui s'y rapporte.

Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11 Rév.1)

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

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

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

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

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

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

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

209. Le Comité a déploré que les pays n'aient pas traité adéquatement le problème lié à la «culture du silence et du stoïcisme». Le Comité a prié l'OMS de sensibiliser les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine à la nécessité de s'attaquer efficacement aux problèmes de santé des femmes, comme une condition préalable au développement socio-économique de l'Afrique. Il s'agit notamment d'éliminer les pratiques traditionnelles nuisibles comme les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines. Etant donné

que les problèmes de santé des femmes africaines sont étroitement associés à la pauvreté, il est essentiel de leur donner les moyens de se prendre en charge sur le plan économique afin d'atteindre un meilleur état de santé.

210. Les délégués ont rappelé que le Comité régional avait adopté en 1997 une stratégie sur la santé génésique offrant un cadre d'action très complet. Cependant, il faudrait accorder la priorité aux questions suivantes dans l'approche de la santé des femmes : violence à l'égard des femmes et des enfants; grossesse; cancer, notamment du col de l'utérus; mutilations sexuelles féminines et clonage humain. Cette dernière question étant inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, il est important que l'OMS informe au préalable les délégués de la Région africaine de manière adéquate à ce sujet.

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

212. Les délégués ont insisté sur la nécessité de renforcer les mécanismes d'orientation/recours, en particulier dans les zones rurales, et de mettre en place des systèmes de surveillance et d'évaluation des programmes de protection de la santé des femmes. Ils ont en outre insisté sur la nécessité d'une participation active des femmes dans la recherche opérationnelle et l'élaboration de politiques et de programmes relatifs à la santé de la femme.

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

214. Le Directeur régional a remercié le Comité de ses observations et de ses suggestions sur cette question importante. Concernant le commentaire relatif au paragraphe 9, il a souligné le fait que ces technologies existent mais ne sont pas accessibles à la majorité des femmes. Il a saisi cette occasion pour présenter Mme Gertrude Mongela, Membre du Parlement de la République Unie de Tanzanie, et ancien Secrétaire général de la Quatrième Conférence mondiale des Femmes, nommée Ambassadrice itinérante pour la santé maternelle et infantile. Elle appuiera le Bureau régional dans son plaidoyer visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. Dans sa réponse, l'Ambassadeur Mongela a remercié le

Directeur régional de sa nomination et assuré le Comité régional de sa détermination à œuvrer sans relâche pour aider l'Afrique à résoudre les problèmes liés à la santé des femmes et des enfants par le plaidoyer et l'établissement des liens au niveau international.

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

216. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC53/11 Rév.1 et la résolution AFR/RC53/R4 y afférente.

Salubrité des aliments : Analyse de la situation et perspectives

(document AFR/RC53/12 Rév.1)

217. Le Dr Miaka mia Bilenge, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a déclaré que le document considère les maladies d'origine alimentaire comme un important problème de santé publique qui contribue également à réduire la productivité économique. Chaque année, à l'échelle mondiale, des millions de personnes tombent malades par suite de la consommation d'aliments contaminés et malsains. Garantir la salubrité des aliments est l'une des fonctions essentielles et fondamentales de la santé publique et de la sécurité alimentaire. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.15 qui prie l'OMS et ses États Membres de considérer la salubrité des aliments comme une préoccupation majeure de santé publique.

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

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

l'adoption de mesures sur les tests, la réglementation et l'étiquetage ainsi que la fourniture d'une information adéquate aux consommateurs sur les aliments génétiquement manipulés ou modifiés; et la pression des accords commerciaux internationaux.

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

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

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

223. Les délégués ont souligné la nécessité de s'attaquer au problème de la salubrité des aliments dans un contexte multisectoriel et pluridisciplinaire. A cet égard, il a été proposé d'élargir la liste des secteurs mentionnés au paragraphe 27 pour y inclure notamment l'agriculture, le commerce, les affaires intérieures, l'eau et l'assainissement, les douanes et les collectivités locales. Le rôle de la société civile devrait être clairement indiqué dans la section relative aux défis à relever. Au paragraphe 34, il faudrait inclure le rôle de la famille et des ménages parmi les cibles de l'éducation pour la santé.

224. Le Comité a insisté sur la question des aliments génétiquement modifiés ou manipulés (AGM) et a instamment prié le Bureau régional d'aider les États Membres à formuler des principes directeurs à ce sujet. Il lui a également demandé d'apporter son concours à la mise en place de systèmes de surveillance de nouveaux AGM. Les délégués ont insisté sur les menaces liées aux accords commerciaux internationaux et ont recommandé des actions collectives à ce sujet.

225. Les délégués ont souligné la nécessité d'un contrôle de la qualité efficace pour garantir la salubrité des aliments, ajoutant que les laboratoires de santé publique pourraient jouer un rôle important à ce sujet. Ils ont demandé à l'OMS d'aider au renforcement des capacités dans les pays. Une attention toute particulière devra également être donnée aux résidus de pesticides.

226. Le Directeur régional a remercié les délégués de leurs précieuses contributions et les assurés que leurs propositions allaient être dûment intégrées dans les documents. Il a promis que le Bureau régional allait fournir des lignes directrices sur les AGM. Il les a informés que des discussions auraient lieu sur les accords commerciaux et que des informations seraient données à ce sujet aux Ministres.

227. Le Comité régional adopté le document AFR/RC53/12 Rév.1 et la résolution AFR/RC53/R5 y afférente.

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

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

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

230. Malgré ces efforts et ces réalisations, le document déplore que le taux de couverture et l'accès aux interventions demeurent faibles : en effet, seuls 6 % des adultes ont accès à des services de dépistage volontaire et de conseil, 40 % des pays disposent de services assurant à l'échelle nationale le traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) tandis que le taux d'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide est de 5 %. Les tendances de ces maladies ne manifestent aucun signe de déclin, situation qui s'explique en grande partie par l'inadéquation des ressources humaines et financières, le coût inabordable des

médicaments destinés à la prévention et au traitement et la faiblesse des infrastructures. Ces contraintes sont aggravées par des approches inappropriées en ce qui concerne la mise en œuvre des stratégies relatives aux programmes concernés.

231. Le Dr Miaka mia Bilenge a mis l'accent sur le fait que le succès de l'intensification des activités de lutte contre ces trois maladies passe par l'appropriation par les pays, l'équité et la viabilité. Il a préconisé l'intensification du plaidoyer pour que le secteur de la santé réponde aux besoins de la population; le renforcement de l'action multisectorielle; la prise en compte des problèmes spécifiques aux situations de conflit et post-conflit; l'accroissement qualitatif et quantitatif du personnel participant à la prestation des services; le renforcement de la gestion des programmes et de l'allocation des ressources; la décentralisation effective des services; la promotion des services intégrés au niveau du district; le renforcement des partenariats avec la communauté pour la prestation des services; l'approvisionnement régulier en médicaments et autres produits à tous les niveaux, y compris la formulation des mécanismes appropriés pour empêcher que les antirétroviraux à prix abordable destinés aux pays en développement ne soient détournés vers les pays développés; la promotion de la recherche opérationnelle pour améliorer la gestion et la prestation des services, compte tenu du rôle de la médecine traditionnelle; enfin, la mobilisation et le décaissement des ressources requises au niveau opérationnel.

232. Le Dr Miaka mia Bilenge a invité le Comité à adopter le document AFR/RC53/13 Rév.1 et la résolution AFR/RC53/R6 qui s'y rapporte.

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

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

235. Le Comité a recommandé que les États Membres se communiquent des informations sur les pratiques les meilleures par le biais de la coopération Sud-Sud ou interpays. Il a également suggéré que l'OMS organise des réunions interpays et des réseaux techniques à cette fin. Au cas où des pays changeraient de protocole thérapeutique, l'OMS pourrait aider à la redistribution des médicaments en surplus.

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

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

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

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

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

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

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

243. En ce qui concerne la section sur la surveillance et l'évaluation, les délégués ont suggéré que le processus de surveillance soit confié à un réseau d'experts établis dans les pays membres. L'OMS devrait normaliser la méthodologie pour la détermination de la

prévalence du VIH et les pays devraient être invités à procéder à des enquêtes de séropositivité pour obtenir les statistiques effectives, si cette collecte de données est d'un coût abordable.

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

- a) Au paragraphe 4, ajouter «Partenariat en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose» après «l'initiative RBM».
- c) Dans la section consacrée aux contraintes, ajouter un nouveau paragraphe sur les «ressources humaines»; ajouter également «L'OMS devrait faire campagne pour une simplification des mécanismes de décaissement du Fonds mondial de même que pour l'accès aux soins et au traitement restaurateur automatique en vue de la cible de «3 millions d'ici 2005».
- d) À la fin du paragraphe 15, ajouter la phrase suivante : «Les structures mises en place au niveau communautaire devraient être considérées comme une partie intégrante des systèmes de santé».
- e) Au paragraphe 20, ajouter à l'objectif général : « ainsi que de l'impact (notamment social) des trois maladies».
- f) Au paragraphe 22, ajouter une rubrique (e) sur «la participation communautaire».
- g) Au paragraphe 26, inclure des critères pour la sélection d'ONG dignes de confiance et les moyens de surveiller et d'évaluer leurs performances.
- h) Au paragraphe 26, ajouter la rubrique (e) suivante : «intégrer les programmes communautaires dans le système de santé».
- i) Au paragraphe 28, ajouter à la liste « renforcer les mécanismes multisectoriels».
- j) Au paragraphe 30, insister sur le fait que le dépistage volontaire et le conseil ainsi que la thérapie antirétrovirale hautement active vont solliciter davantage les capacités des systèmes de santé, et inclure dans la phrase l'intégration du traitement, en particulier le traitement DOTS et la thérapie antirétrovirale.
- k) Dans le titre du paragraphe 32, ajouter «(y compris des antirétroviraux)» après le mot «médicaments».
- l) Au paragraphe 33, la recherche ne doit pas se limiter uniquement à la recherche opérationnelle. Il faut, soit ajouter un nouveau paragraphe sur la promotion de la

«recherche fondamentale», soit inclure dans toutes les phrases du paragraphe la «recherche fondamentale». Parmi les exemples de recherche fondamentale que des chercheurs africains devraient faire en priorité figurent notamment les tests de diagnostic rapide de la tuberculose et la mise au point d'antituberculeux plus efficaces pour abréger la durée du traitement.

245. A l'issue du débat, le Directeur régional a remercié les délégués de leurs observations fort utiles et a promis que les propositions faites seraient dûment incorporées dans le document pour l'enrichir. Il a informé les délégués qu'une séance serait organisée avec le personnel du Fonds mondial afin de mieux les informer. Il a précisé que le DDT était encore un produit acceptable en santé publique mais qu'il continuait à être interdit dans l'agriculture à cause de ses effets sur l'environnement. Le Directeur régional s'est félicité de constater que les délégués avaient conscience de l'utilité des médicaments traditionnels et il a évoqué les recherches en cours pour vérifier leur innocuité et leur efficacité.

246. Le Comité a adopté le document AFR/RC53/13 Rév.1 avec des modifications ainsi que la résolution AFR/RC53/R6.

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

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

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

248. Le Dr A Kaboré, Directeur de la Division Lutte contre les maladies transmissibles, a présenté ce document. Suite à l'identification du premier cas en Chine, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) s'était répandu dans 17 pays du monde. Le Dr Kaboré a informé les délégués que la physiopathologie, l'épidémiologie et l'évolution de la maladie avaient déjà été décrites. Il a expliqué la riposte régionale à l'épidémie et les principales réalisations du Bureau régional, et a conclu en insistant sur la nécessité de renforcer les systèmes de surveillance pour permettre une action rapide par les États Membres.

249. Les délégués ont souligné la nécessité d'augmenter le nombre de laboratoires de référence qui actuellement est de quatre, étant donné les problèmes de communication et de transport que l'on rencontre en Afrique. Ils ont demandé à l'OMS de renforcer la capacité de

diagnostic des pays. Comme le traitement des cas de SRAS doit se faire dans des centres de soins intensifs, le Comité a souligné la nécessité d'un renforcement des systèmes de santé par les pays. Les délégués ont noté l'intérêt et la solidarité dont la communauté internationale a fait montre en réponse au SRAS et ont demandé que la même attention soit accordée au VIH/SIDA et à la fièvre hémorragique à virus Ebola qui devraient également faire l'objet d'une riposte analogue.

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

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

251. Après avoir décrit le mandat, la taille, la composition et les implications financières du comité de prospection, M. Burci a invité le Comité régional à délibérer pour déterminer le bien-fondé d'un comité de prospection et définir, le cas échéant, les modalités de sélection de ses membres et de désignation de son président.

252. Après avoir débattu de la question, le Comité régional a finalement décidé qu'il n'était pas nécessaire d'établir un comité de prospection compte tenu des dépenses que cela suppose et du fait qu'un tel comité ne serait pas habilité à présélectionner les candidats. Le Comité régional a ensuite souligné que tout candidat nommé par un État Membre a le droit de se présenter à l'élection, à condition de posséder les qualifications appropriées telles qu'elles figurent dans l'Annexe 1 du document AFR/RC53/15, et que le Comité régional aurait la prérogative d'évaluer les candidats et de désigner celui qu'il estime être le meilleur. Le Comité a convenu qu'il faudrait clarifier davantage le processus de sélection et a prié le Secrétariat de préparer un document décrivant les options envisageables pour améliorer la procédure actuelle.

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

- Si plus de cinq (5) candidatures sont reçues, le Comité régional établit une liste restreinte de cinq candidats.
- Pour parvenir à ce nombre, le Comité organise un scrutin secret et retient les cinq candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix.

- Le Comité organise avec les candidats retenus sur la liste restreinte un entretien consistant en un exposé présenté par chaque candidat, suivi par une séance de questions-réponses.
- Après les entretiens, le Comité procède à l'élection du Directeur régional conformément à l'article 52 du Règlement intérieur.

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

Rapport des Tables rondes (AFR/RC53/16)

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

- Table ronde no 1** : Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité (document AFR/RC53/RT/1).
- Table ronde no 2** : Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (document AFR/RC53/RT/2).
- Table ronde no 3** : Situations d'urgence et action humanitaire : Améliorer l'efficacité des interventions de santé (document AFR/RC53/RT/3).

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

- Dr Albert Toikeusse Mabri, Ministre de la Santé et de la Population, Côte d'Ivoire, pour la première table ronde : Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité;
- Dr Aida Theodomira de Nobreza Libombo, Vice-Ministre de la Santé, Mozambique, pour la deuxième table ronde : Maternité sans risque – Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence;
- Dr Abdelhamid Aberkane, Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, Algérie, pour la troisième table ronde : Situations d'urgence et action humanitaire – Améliorer l'efficacité des interventions de santé.

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

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

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

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

- Table ronde n° 1 : Sévices sexuels à l'encontre des enfants : une urgence sournoise.
- Table ronde n° 2 : Défis à relever pour améliorer la situation nutritionnelle dans la Région africaine.

Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des tables rondes de 2004

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

Table ronde n° 1 :
Président : Togo
Président suppléant : Tchad

Table ronde n° 2 :
Président : Zambie
Président suppléant : Mauritanie

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-QUATRIÈME ET CINQUANTE-CINQUIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC53/17)

260. M. B. Chandra, Directeur de la Division Administration et Finances, a présenté ce document.

261. Le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-quatrième session au Bureau régional du 30 août au 3 septembre 2004. Le lieu de la cinquante-cinquième session en 2005 sera fixé à la cinquante-quatrième session du Comité régional.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC53/18)

262. Le rapport de la cinquante-troisième session du Comité régional a été adopté avec des amendements mineurs (AFR/RC53/18).

CLOTURE DE LA CINQUANTE-TROISIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

263. Dans ses remarques de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a exprimé ses remerciements et sa reconnaissance à Son Excellence M. Thabo Mbeki, Président de la République d'Afrique du Sud, pour avoir accueilli le Comité régional dans la ville de Johannesburg. Il a rappelé que c'était la deuxième fois que le Comité régional se tenait en Afrique du Sud. Il a exprimé sa reconnaissance au Gouvernement sud-africain pour les excellentes dispositions prises en matière de logement, d'organisation, d'impression et d'appui logistique, toutes choses qui ont facilité énormément le travail du Comité et du Secrétariat. Il a déclaré que ce magnifique soutien sans faille du Gouvernement sud-africain avait contribué à faire de la cinquante-troisième session du Comité régional l'une des mieux réussies jamais tenues dans la Région.

264. Il a remercié les délégués pour leur ponctualité à toutes les séances, la profondeur et l'intensité des débats portant sur tous les points de l'ordre du jour, ainsi que pour les directives et les orientations claires qu'ils ont données en vue d'améliorer davantage la qualité et la pertinence de l'appui fourni aux pays par le Bureau régional de l'OMS. Il a également adressé ses remerciements à la Présidente du Comité régional pour le brio avec lequel elle a dirigé les travaux tout au long de la réunion.

265. Il a demandé aux délégués de se joindre à lui pour remercier le personnel du Bureau régional pour son ardeur au travail et son dévouement, comme en atteste la qualité des documents présentés à la réunion. Il a félicité le Directeur de la Gestion du Programme pour la loyauté et l'abnégation avec lesquelles il supervise l'ensemble des activités de toutes les Divisions du Bureau régional et des bureaux de pays.

266. Enfin, le Dr Samba a rappelé au Comité que la cinquante-quatrième session du Comité régional se tiendrait à Brazzaville, conformément à la décision prise par la cinquante-troisième session du Comité régional.

Motion de remerciements

267. La motion de remerciements adressée au Président, au Gouvernement et au peuple sud-africains, pour avoir accueilli la cinquante-troisième session du Comité régional, a été présentée au nom des délégués par M. Jim Muhwezi, Ministre de la Santé de l'Ouganda, et adoptée par le Comité régional.

Remarques de la Présidente et clôture de la réunion

268. La Présidente du Comité régional, le Dr M. Tshabalala-Msimang, a déclaré que la cinquante-troisième session du Comité régional avait été couronnée de succès. Elle a attribué ce succès à la très grande qualité des contributions faites par les délégués.

269. Elle a rappelé certaines questions examinées au cours de la réunion : renforcement des hôpitaux en tant que structures déterminantes pour les soins de recours; migration des personnels de santé; conséquences désastreuses des conflits armés et de la violence interpersonnelle; fort taux de mortalité maternelle; intensification des interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme; macroéconomie et la santé; et stratégie sanitaire du NEPAD.

270. Le Dr Tshabalala-Msimang a rappelé aux délégués les six points dont ils avaient convenu à savoir : i) proposer une résolution sur la migration des personnels de santé à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé; ii) accorder un rang élevé de priorité à la santé de la femme et s'assurer que les systèmes de santé répondent de façon adéquate et spécifique aux besoins des femmes, en particulier des femmes enceintes; iii) allouer davantage de ressources nationales pour intensifier l'accès aux interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et pour en élargir la couverture; iv) examiner au cours de la cinquante-quatrième session du Comité régional les arguments pour ou contre l'utilisation de l'expression *VIH* et *SIDA* à la place de *HIV/SIDA* afin de redonner espoir aux séropositifs; v) étudier la possibilité d'une représentation sous-régionale des pays africains au Conseil exécutif de l'OMS; vi) plaider en faveur d'un accroissement des investissements nationaux et mondiaux dans le domaine de la santé et améliorer la capacité des pays à absorber ces ressources.

271. Le Dr Tshabalala-Msimang a déclaré que le nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) donnait aux pays africains l'occasion de collaborer entre eux et d'aborder les problèmes de santé sur un pied d'égalité avec le reste du monde. Elle a lancé un appel aux délégués, au moment où ils célèbrent le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, pour qu'ils mettent tout en œuvre en vue d'une relance des soins de santé primaires et pour qu'ils en fassent la pierre angulaire de leurs interventions afin d'atteindre les cibles fixées dans les Objectifs de Développement pour le Millénaire.

272. Le Dr Tshabalala-Msimang a souhaité à tous les délégués un bon voyage de retour dans leur pays, et les a invités à assister à la cinquante-quatrième session du Comité régional qui aura lieu à Brazzaville (République du Congo) en 2004.

273. La Présidente a ensuite déclaré close la cinquante-troisième session du Comité régional.

PARTIE III
A N N E X E S

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS DES ÉTATS MEMBRES

ALGÉRIE

Prof. Abdelhâmid Aberkane
Ministre de la Santé, de la Population et
de la Réforme hospitalière
Chef de Délégation
Alger

Dr Mohamed El Kamel Kellou
Directeur de la Prévention
Alger

M. Messaoud Belkessam
Directeur de la Communication
Ministère de la Santé, de la Population et
de la Réforme hospitalière
Alger

ANGOLA

Dra. Albertina Júlia Hamukwaya
Ministra da Saúde
Chefe da Delegação
Luanda

Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem
Vice-Ministro da Saude
Luanda

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional
Luanda

Dra. Adelaide de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública
Luanda

Dr. António Bento
Director de Saúde da Província
de Benguela

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

Sra. Alice Ondino Sousa Mendonça
Ministério da Saúde
Luanda

BÉNIN

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

Dr Dorothee Agoï Yevide
Directrice nationale de la Protection
sanitaire
Cotonou

Dr Perrin René Xavier
Médecin-Cordonnateur, Hôpital de
la Mère et de l'Enfant (HOMEL)
Professeur de Gynécologie-
Obstétrique/Lagune
Cotonou

Dr Abdoulaye Idrissou
Directeur des Pharmacies et Laboratoires
Ministère de la Santé publique
Cotonou

BOTSWANA

Mrs Lesego E. Motsumi
Minister of Health
Head of Delegation
Gaborone

Dr Themba Lebogang Moeti
Deputy Director of Health Services
Gaborone

Miss Theresa Naniki Bokete
Chief Laboratory Scientist
Gaborone

Mr Thuso G. Ramodimoosi
Counsellor, Botswana High Commission
Pretoria, RSA

Ms Lucy Sejo Maribe
Principal Health Officer (Maternal Child
Health)
Gaborone

Mr Gobe Pitso
First Secretary, Botswana Permanent
Mission
Geneva
Switzerland

BURKINA FASO

M. Bédouna Alain Yoda
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Ouagadougou

Dr Brahim K. Michel Sombié
Conseiller technique en Santé
Ouagadougou

Dr Daogo Sosthène Zombré
Directeur général de la Santé publique
Ouagadougou

Dr Sibdou Ghislaine Conombo/Ka fando
Directrice de la Santé de la Famille
Ouagadougou

Dr Joseph-André Tiendrébéogo
Secrétaire permanent du CNLS-IST
Ouagadougou

BURUNDI

Dr Jean Kamana
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Bujumbura

Mme Glorioso Mbonigaba
Advisor/Minister's Office
Bujumbura

Dr Jean Rirangira
Directeur général de la Santé publique
Bujumbura

CAMEROUN

M. Urbain Olanguena Awono
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Yaoundé

Dr Basile Kollo
Chef de Division de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Prof. Assumpta Lucienne Bella
Directeur de la Lutte contre la Maladie
Yaoundé

Dr Djibrilla Kaou Bakari
Directeur de la Santé familiale
Yaoundé

Dr John Yap
Chief of Maternal and Infant Service
Ministry of Health
Yaoundé

CAP-VERT

Dr. Basílio Ramos
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Praia

Dra. Fátima Monteiro
Directora do Programa Saúde
e Reprodução
Praia

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Prof. Nestor Mamadou Nali
Ministre de la Santé publique et
de la Population
Chef de Délégation
Bangui

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

TCHAD

Mme Aziza Baroud
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
N'Djaména

M. Harba Kamis
Directeur général adjoint des Ressources et
de la Planification
N'Djaména

Dr Haoua Outman
Directrice de la Santé préventive
et de la lutte contre les maladies
N'Djaména

COMORES*

RÉPUBLIQUE DU CONGO

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

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
Brazzaville

Dr Yolande Voumbo Mavoungou
Conseillère à la Santé
Brazzaville

* N'a pas pu participer.

Maître Gilbert Bondongo
Conseiller administratif et juridique du
Ministre de la Santé et de la Population
Brazzaville

Dr J. Opfou
Counsellor, Embassy, Republic of Congo
Pretoria

M. Antoine Mouan goueya
Chargé du Protocole au Cabinet du
Ministre de la Santé et de la Population
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Mabri Albert Toikeusse
Ministre d'État, Ministre de la Santé et
de la Population
Chef de Délégation
Abidjan

Prof. Mireille Carine Dosso
Chef de Service du Laboratoire central
du CHU de Yopougon
Abidjan

Prof. Djokouehi Djeha
Secrétaire technique permanent du Plan
national de Développement sanitaire
(STP/PNDS)
Abidjan

Dr Laure Amenan Aïé-Tanoh
Directeur national du Programme de
la Santé de la Reproduction
Abidjan

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

M. Oscar Assani-Rashidi
Conseiller principal, Ministère de la Santé
Chef de Délégation
Kinshasa

Dr C. Miaka mia Bilenge
Secrétaire général à la Santé
Kinshasa

Dr Lokonga Nzeyabe
Directeur, Chef des Services des Hôpitaux
Kinshasa

Dr Kebela Ilunga
Directeur, Chef des Services de Lutte contre
la Maladie
Kinshasa

Dr Lepira Bompeka
Directeur du Programme national de Lutte
contre le VIH/SIDA
Kinshasa

Dr Jack Kokolomami
Directeur Adjoint, Programme national de
Lutte contre le VIH/SIDA
Kinshasa

Dr Jean-Honoré Miakala mia Ndolo
Médecin-Inspecteur, Ville de Kinshasa
Kinshasa

M. Rombaut Kasongo
Secrétaire particulier du Ministre
de la Santé
Kinshasa

Dr Pascal Tshiamala
Médecin-Directeur
Clinique Ngaliema
Kinshasa

Dr Lelo Patrice Nowa
Office congolais de Contrôle
Kinshasa

Dr Ondjo Shulungu
Médecin-Directeur de la SNEL
Kinshasa

GUINÉE ÉQUATORIALE

Dr Justino Obama Nve
Ministro de Sanidad
Chef de Délégation
Malabo

Dr Gregorio Gori Momolu
Directeur général de la Santé publique
Malabo

Dr Emma Bachmakova
Asesora de Ministro
Malabo

ÉRYTHRÉE

Mr Saleh Meky
Minister of Health
Head of Delegation
Asmara

Dr Goitom Mebrahtu Medhani
Director of Disease Prevention and Control
Division
Asmara

ÉTHIOPIE*

GABON

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

Prof. Pierre André Kombila
Directeur général de la Santé
Libreville

Dr Abel Roger Nlome-Nze
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Libreville

Dr G. Malonga-Mouelet
Directeur du Programme national de Lutte
contre le SIDA/IST
Libreville

GAMBIE

Dr Yankuba Kassama
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Banjul

Mr Njie Abdoulie Mam
Permanent Secretary, Dept. of State
for Health

Dr Omar Sam
Director of Health Services
Banjul

* N'a pas pu participer.

Dr Mariatou Jallow
Deputy Director of Health Services
Banjul

Dr Mohamed Mahy Barry
Directeur national de la Santé
Conakry

GHANA

GUINÉE- BISSAU

Dr Kwaku Afriyie
Minister of Health
Head of Delegation
Accra

Dr. António Serifo Embalo
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Bissau

Dr Kofi Ahmed
Chief Medical Officer
Accra

Dr. Júlio César Sá Nogueira
Director-Geral de Saúde Pública
Bissau

Dr A. Nsiah-Asare
Chief Executive/KATH
Kumasi

Dr. Francisco Dias
Director do Laboratório Nacional de Saúde
Bissau

Dr Alex Asamoah-Adu
Head, Health Laboratory Services
Accra

KENYA

Dr Rhoda Manu
PMO Gender Affairs on Health
Accra

Hon. Charity Kaluki Ngilu, MP
Minister of Health
Head of Delegation
Nairobi

Dr Sylvia Aveley Deganus
Tema General Hospital
Tema

Mr W. P. Godo
Permanent Secretary, Ministry of Health
Nairobi

GUINÉE

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

Dr Teniin J. Gakuruh
Deputy Director of Medical Services
Nairobi

Dr Johanna Lucinda Austin
Conseiller chargé de la Coopération
Conakry

Mrs Agnes Nanjala Waudu
Chief Nursing Officer, Ministry of Health
Nairobi

LESOTHO

Hon. Dr Motloheloa Phooko
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Maseru

Mrs Matseliso Joyce Rasethuntsa
Deputy Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
Maseru

Dr Thabelo Ramatlapeng
Director General of Health Services
Maseru

Dr Pearl Ntsekhe
Director, Disease Control
Maseru

Dr Nyane Letsie
Head, Family Health Services
Maseru

Dr T. Mohapi
Plastic Surgeon, MOHSW
Maseru

Mr T. Theko
Chief Health Inspector, MOHSW
Maseru

Mrs Majoel Makhakhe
Director, Health Planning and Statistics
Ministry of Health and Social Welfare
Maseru

LIBÉRIA

Dr Peter S. Coleman
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Moronvia

Dr Nathaniel S. Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Moronvia

MADAGASCAR

Prof. Andry Rasamindrakotroka
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Antananarivo

Dr Charles Ravaonjanahary
Directeur de Cabinet du Ministre
de la Santé
Antananarivo

M. Fenosoa Ratsimanetrimanana
Secrétaire exécutif du Comité national
de Lutte contre le SIDA
Antananarivo

Dr Marie Perline Odette Rahantanirima
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé
Antananarivo

Dr Nivo Hanitra Rasoanaivo
Chef du Service de la Transfusion sanguine
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI

Hon. Yusuf Mwawa
Minister of Health and Population
Head of Delegation
Lilongwe

Dr Richard Bakali Pendame
Principal Secretary for Health
Lilongwe

Dr Ann Maureen Phoya
Director of Nursing Services
Lilongwe

Mr Flywell Chintolo
Deputy Director of Health Technical
Support Services (Diagnostic Services)
Ministry of Health and Population
Lilongwe

Dr Benson Chilima
Medical Microbiologist
Ministry of Health and Population
Lilongwe

MALI

Prof. Rokiatou Ndiaye Keita
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Bamako

Dr Mamadou Sidibe
Conseiller technique, Ministère de la Santé
Bamako

Prof. Boubakar S. Cissé
Conseiller technique
Ministère de la Santé
Bamako

Dr Youssouf Konaté
Directeur national de la Santé
Bamako

Prof. Flabou Bougoudogo
Directeur général de l'Institut national de
Recherche en Santé publique
Bamako

MAURITANIE

M. Hamma Ould Soueilem
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de Délégation
Nouakchott

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

Dr Mohamed Idoumou Ould Vall
Directeur de la Protection sanitaire
Nouakchott

MAURICE

Hon. Mr Ashock K. Jugnauth
Minister of Health and Quality of Life
Head of Delegation
Port-Louis

H.E John Harold Dacruz
High Commissioner
Mauritius High Commission
Pretoria (South Africa)

Mrs R. Veerapen
Permanent Secretary, Ministry of Health
and Quality of Life
Port-Louis

Mr Vikash Neethalia
Second Secretary, Mauritius High
Commission
Pretoria (South Africa)

MOZAMBIQUE

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

Dr. Humberto Cossa
Director Nacional do Plano e da
Cooperação do Ministério da Saúde
Maputo

Dr. Marinho Dgedge
Director Nacional do Ministério da Saúde
Maputo

Dra. Ivete Pinto Dinande
Médica Chefe da Província de Maputo
Maputo

Dra. Geraldina Paula Langa
Técnica da Cooperação Internacional
Ministério da Saúde
Maputo

NAMIBIE

Hon. Mr Richard Nchabi Kamwi
Deputy Minister of Health and Social
Services
Heald of Delegation
Windhoek

Dr Robert Forster
Under Secretary - Health Care Services
Windhoek

Mr Michael Likando
Regional Director - Northeast Directorate
Windhoek

Ms Hilma S. D. Auala
Health Programme Officer, Reproductive
Health
Windhoek

Mrs Victoria S. Clarke
Registered Nurse
Walvisbay

Ms Helena P. Shifotoka
Health Programme Administrator
Outapi

NIGER

M. Mamadou Sourghia
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Niamey

Dr Aboubacar Alarou
Directeur général de la Santé publique
Niamey

Mme Dania Rakiatou Abdoulaye
Secrétaire générale adjointe, Ministère
de la Santé publique
Niamey

Dr Maman Elhadji Maty
Directeur des Laboratoires
Ministère de la Santé publique et
de la Lutte contre les Endémies
Niamey

NIGÉRIA

Prof. Eytayo Lambo
Minister of Health
Head of Delegation
Abuja

Dr Shehu Mahdi
Executive Director, National Primary
Health Care Development Agency
Abuja

Dr Suleiman Sani
Director
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Shehu Sule
Director, Health Planning and Research
Abuja

Dr D. Awosika
Chief Executive – NPI
Abuja

Dr Edugie A. Abebe
Director Public Health
Abuja

Dr Titilola I. Koleoso-Adelekan
Director, Health Systems Development
Abuja

Dr Tolu Fakeye
Deputy Director, International Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Prof. Oluwole Akande
Chairman, Regional Reproductive Health
Task Force
Ibadan

RWANDA

Prof. Abel Dushimimana
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Kigali

Dr Claude Sekabaraga
Directeur des Soins de Santé
Kigali

Dr Etienne Gasana
Directeur de Santé, Genre et Affaires
sociales en Province de Gikongoro
Gikongoro

Dr Justin Wane
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine
Université nationale du Rwanda
Butare

SAO TOMÉ ET PRINCIPE*

SÉNÉGAL

Dr Mandiaye Loume
Directeur de la Santé
Chef de Délégation
Dakar

Dr Adama Ndoye
Chef de la Division de la Santé
reproductive
Dakar

SEYCHELLES

Mr Patrick G. Pillay
Minister of Health
Head of Delegation
Victoria

* N'a pas pu participer.

Mrs Marie-France MacGregor
Director of International Cooperation
Ministry of Health
Mont Fleuri

SIERRA LEONE*

AFRIQUE DU SUD

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

Mr Renier Schoerman
Deputy Minister of Health
Cape Town

Mrs M. Matsau
Deputy Director-General

Dr K. Chetty
Deputy Director-General

Mr R. Mabope
Minister's Special Advisor

Advocate P. Lambert
Minister's Legal Advisor, Advocate

Ms Nobayeni C. Dladla
Health Attaché
Embassy of South Africa
Washington (USA)

Ms D. Mafubelu
Health Attaché
Geneva

Dr T. Balfour
Head, International Health Liaison

Mr I. Mayeng
Health Attaché, Africa

Dr N. Madela-Mntla
Acting Director, Mental Health and
Substance Abuse

Dr R. Matji
Director, TB Control

Dr B. Maloba
Director, Communicable Disease Control

Mrs Thembisile Rose Mdlalose
Director, Human Resource Development
Pretoria

Dr T. Sibeko
Chief Director, Hospital Services

Dr R. E Mhlanga
Chief Director, Maternal, Child and
Women's Health

Dr I. Makubalo
Chief Director, Health Information,
Evaluation and Research

Dr Ivan de Venter
Director, Food Control

Mr P. Moonasar
Deputy Director, Malaria Control
Programme

Mr H. Chabalala
Deputy Director

* N'a pas pu participer.

Mr P. Mahlathi
Chief Director

Mr P. Fuhri
Deputy Director

Dr Y. Pillay
Department of Health

Ms N. Mtsila
Administrative Officer

SWAZILAND

Dr John M. Kunene
Principal Secretary
Head of Delegation
Mbabane

Dr Cesphina Mabuza
Director of Health Services
Mbabane

Mrs Elizabeth Mndebele
Chief Nursing Officer
Mbabane

Mr Simon Kunene
Malaria Programme Manager
Mbabane

Ms Beatrice S. Dlamini
HIV/AIDS Programme Coordinator
Mbabane

TOGO

Mme Suzanne Aho
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Lomé

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé
Lomé

OUGANDA

Hon. Mr Jim Katugugu Muhwezi
Minister of Health and Member of
Parliament
Head of Delegation
Kampala

Prof. Francis G. Omaswa
Director-General of Health Services
Entebbe

Dr Edward Kigonya
c/o Ministry of Health
Entebbe

Dr Alex Opio
Assistant Commissioner, Health Services
(National Disease Control)
Kampala

Amb. Joseph Tomusange
c/o High Commission
882, Church Street
Arcadia - Pretoria
South Africa

Prof. Emmanuel Kaijuka
c/o Ministry of Health
Entebbe

RÉPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE

Dr Mwinyihaji Makame
Minister for Health, Zanzibar
Head of Delegation
Dar es-Salaam

Hon. Dr Hussein A. Mwiyi
Deputy Minister for Health
Deputy Head of Delegation
Dar es-Salaam

Dr Ali A. Mzige
Director of Preventive Services
Ministry of Health
Dar es-Salaam

Mr Juma Rajab Juma
Director of Preventive Services
Ministry of Health and Social Welfare
Zanzibar

Dr Ali Salim Ali
Medical Superintendent, Mnazi Mmoja
Hospital
Zanzibar

Dr Catherine Sanga
Head, Reproductive and Child Health
Services
Dar es-Salaam

Dr Eligius F. Lyamuya
Head, Department of Microbiology and
Immunology
Muhimbili University College of Health
Sciences
Dar es-Salaam

ZAMBIE

Dr Brian Chituwo
Minister of Health
Head of Delegation
Lusaka-

Mr D. M. Chimfwembe
Director of Planning and Development
Ministry of Health
Lusaka

Dr Mary Katepa Bwalya
Child Health Specialist
Lusaka

ZIMBABWE

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

Dr Elizabeth Xaba
Permanent Secretary for Health and
Child Welfare
Harare

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

Dr Owen Mugurungi
AIDS and TB Programme Coordinator
Harare

Mrs Margaret Nyandoro
Reproductive Health Coordinator
Harare

Dr M. Murwira
Director Technical Services, Zimbabwe
National Family Planning Centre
Harare

2. REPRÉSENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Dr Joseph Foumbi
Représentation de l'UNICEF
Bangui
République centrafricaine

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Dr Uche Azie
UNFPA/CST
Director for Southern Africa
P.O. Box 4775 – Mount Pleasant
Harare
Zimbabwe

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

Dr Grunitzky Bekele Meskerem
Associate Director for Africa, UNAIDS
20 Av. Appia
Geneva
Switzerland
Tel. 0041227914412

Dr Mbulawa Mugabe
UNAIDS Country Coordinator –
South Africa
351 Schoeman Str.
Pretoria
South Africa
Tel.: +27-12-345-8490

Organisation internationale pour les Migrations (OIM)

Dr Maryinez Lyons
Coordinator for HIV/AIDS, East and Central Africa
P.O. Box 55040
Nairobi
Kenya

M. Philippe Boncour
s/c OIM

3. RÉPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Union africaine

M. Mahamat H. Doutoum (Ambassadeur)
Commisraire chargé des Affaires sociales et
de la Coopération afro-arabe
Chef de Délégation
Addis Abéba
Ethiopie

Dr Grace Kalimuyogo
Director a.i., Social Affairs
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Dr Laban Masimba
Senior Policy Officer/Health and Nutrition
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA)

Dr Amadou Moctar Mbaye
Directeur de la Santé
01 B.P. 543
Ouagadougou 01
Burkina Faso

European Commission

Dr M. Pletschette
Principal Scientific Administrator
B – 1040 Bruxelles
Belgium

Dr M. Hoelscher
Scientific Director, Mbeya Medical
Research Programme (Tanzania)
University of Munich
Leopold Strasse 5
80802 Munich
Germany

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

Mr Steven Velabo Shogwe
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

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

Dr Thuthula Balfour
Head IHL
SADC
Pretoria 0001
South Africa

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

Professeur Wiseman Nkhulu
Président, Comité d'orientation
du NEPAD

Professeur Eric Buch
s/c NEPAD

4. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

International Pediatric Association (IPA)

Dr Cherif Rahimy
Member of the Standing Committee of International
Pediatric Association (IPA)
01 B.P. 2640
Cotonou
Bénin

Pharmaceutical Manufacturer's Association of South Africa (PMA) (standing also for the IFPMA of Geneva, Switzerland)

Mr George G. Djlov
Chief Economist
P.O. Box 12123
Vorna Valley 1686
South Africa

5. DONATEURS DES AGENCES BILATÉRALES

Norwegian Agency for Development (NORAD)

Dr Michael Tawanda
First Secretary, the Royal Norwegian Embassy
P.O. Box 323
Lilongwe 3
Malawi

6. OBSERVATEURS ET INVITÉS D'HONNEUR

Mr W. R. Steiger
Special Assistant to the Secretary for
International Affairs, Department of Health
and Human Service
USA

Mr Philippe Busquin
European Commissioner in charge
of Research
(EU - Funding Health Research in the
African Region)

Dr Pascoal Mocumbi
Prime Minister of Mozambique
Maputo

Prof. Jeffrey Sachs
Director the Earth Institute at Columbia
University
New York
USA

Ambassador Gertrude Mongella, MP
Goodwill Ambassador for Maternal and
Newborn Health
Advocacy for Women in Africa (AWA)
P.O. Box 31293
Dar es-Salaam

Prof. O. Okande
Chairman, Regional Reproductive Health
Task Force
c/o WR/Nigeria

Mr Frank Grag Handley
Regional Representative of US Department
of Health and
Human Services and Health Attaché
US Embassy
Pretoria, SA 0001

Dr P. V. Venugopal
Director, International Operations
A-11, Sarvodaya Enclave
New-Delhi - 110017
India

Dr D. Boateng
Vice-Chairman and Chief Executive Officer
P.O. Box 78959
Sandton 2146
Johannesburg
South Africa

Dr E. R. Eben-Moussi
Professeur d'Université
B.P. 155
Yaoundé
Cameroun

Prof. J. J. Muyembe-Tamfum
Directeur de l'Institut national
de Recherche biomédicale (INRB)
Avenue de la Démocratie
Kinshasa/Gombe
Rép. démocratique du Congo
jjmuyembe@yahoo.fr

**ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-TROISIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL**

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC53/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional pour 2002 (document AFR/RC53/2)
 - 6.1 Exécution du Budget Programme 2002-2003
 - 6.2 Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques
 - a) Programme régional de lutte contre la tuberculose
 - b) Stratégie régionale pour les secours d'urgence et l'action humanitaire
 - c) Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles
 - d) Stratégie régionale de la santé mentale
 - e) Santé pour tous au 21^{ème} siècle dans la Région africaine : Agenda 2020
 - f) Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine
 - g) Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine
 - h) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005
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, le Conseil exécutif (document AFR/RC53/3)
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-quatrième session du Comité régional (document AFR/RC53/4)

- 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC53/5)
- 7.4 Évaluation de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 – Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire (document AFR/RC53/14)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC53/7)
 - 8.1 Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8 Rév.1)
 - 8.2 Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9 Rév.1)
 - 8.3 Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10 Rév.1)
 - 8.4 Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11 Rév.1)
 - 8.5 Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12 Rév.1)
 - 8.6 Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose (document AFR/RC53/13 Rév.1)
9. Information :
 - 9.1 Éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC53/INF.DOC/1)
 - 9.2 SRAS : Préparation et action dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC53/INF.DOC/2)
10. Qualifications et sélection du Directeur régional (document AFR/RC53/15)
11. Tables rondes :
 - 11.1 Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité (document AFR/RC53/RT/1)

- 11.2 **Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence**
(document AFR/RC53/RT/2)
- 11.3 **Secours d'urgence et action humanitaire : Améliorer l'efficacité des interventions de santé** (document AFR/RC53/RT/3)
- 12. **Rapport des Tables rondes** (document AFR/RC53/16)
- 13. **Décisions de procédure** (document AFR/RC53/20)
- 14. **Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional** (document AFR/RC53/17)
- 15. **Adoption du rapport du Comité régional** (document AFR/RC53/18)
- 16. **Clôture de la cinquante-troisième session du Comité régional**

ANNEXE 2b

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : LUNDI 1^{er} SEPTEMBRE 2003

10h00 – 12h30	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture officielle
	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des Désignations
	Point 3 de l'ordre du jour	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC53/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
12h30 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 15h30	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional pour 2002 (document AFR/RC53/2)
16h00 – 16h30	<i>Pause-café</i>	
16h30 – 17h15	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	
17h15 – 17h30	Orateurs d'honneur	<ul style="list-style-type: none">– Brève déclaration de M. Philippe Busquin – Commissaire européen chargé de la Recherche– Brève déclaration de Son Excellence le Dr Pascoal M. Mocumbi, Premier Ministre de la République du Mozambique
18h00	<i>Réception par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique</i>	

2^{ème} JOUR : MARDI 2 SEPTEMBRE 2003

8h30 – 10h00 (Points 7 et 8 de l'ordre du jour)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Point 7 de l'ordre du jour | Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé |
| Point 7.1 de l'ordre du jour | Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC53/3) |
| Point 7.2 de l'ordre du jour | Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-quatrième session du Comité régional (document AFR/RC53/4) |
| Point 7.3 de l'ordre du jour | Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC53/5) |
| Point 7.4 de l'ordre du jour | Évaluation de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 – Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire (document AFR/RC53/14) |

10h00 – 10h30 *Pause-café*

10h30 – 12h30	Point 8 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC53/7)
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine (document AFR/RC53/8 Rév.1)
12h30 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 16h00	Point 8.2 de l'ordre du jour	Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé (document AFR/RC53/9 Rév.1)
16h00 – 16h30	<i>Pause-café</i>	
16h30 – 17h30	Séance spéciale I :	Stratégie sanitaire du NEPAD : Premier programme d'action Orateur : Professeur E. Buch

3^{ème} JOUR : MERCREDI 3 SEPTEMBRE 2003

8h30 – 10h00	Point 8.3 de l'ordre du jour	Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10 Rév.1)
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 – 12h30	Point 8.4 de l'ordre du jour	Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11 Rév.1)
12h30 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	

14h30 – 16h00 **Point 8.5 de l'ordre du jour** Salubrité des aliments et santé :
Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC53/12 Rév.1)

16h00 – 16h30 *Pause-café*

16h30 – 17h30 **Séance spéciale II :** Ressources humaines pour la santé – Rapport de l'étude conjointe AFRO/ OIM sur les migrations

4^{ème} JOUR : JEUDI 4 SEPTEMBRE 2003

8h30 – 10h30 **Point 9 de l'ordre du jour** Information

Point 9.1 de l'ordre du jour Éradication de la dracunculose dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC53/INF.DOC/1)

Point 9.2 de l'ordre du jour SRAS : Préparation et action dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC53/INF.DOC/2)

Point 10 de l'ordre du jour Qualifications et sélection du Directeur régional (document AFR/RC53/15)

Point 14 de l'ordre du jour Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional (document AFR/RC53/17)

10h30 – 11h00 *Pause-café*

11h00 – 13h00	Tables rondes	
	Point 11.1 de l'ordre du jour	Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité (document AFR/RC53/RT/1)
	Point 11.2 de l'ordre du jour	Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (document AFR/RC53/RT/2)
	Point 11.3 de l'ordre du jour	Secours d'urgence et action humanitaire : Améliorer l'efficacité des interventions de santé (document AFR/RC53/RT/3)
13h00 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 15h30	Point 13 de l'ordre du jour	Décisions de procédure (document AFR/RC53/20)
	Point 12 de l'ordre du jour	Rapport des Tables rondes (document AFR/RC53/16)
	Séance spéciale II : (suite)	Ressources humaines pour la santé – Rapport de l'étude conjointe AFRO/ OIM sur les migrations
15h30 – 16h00	<i>Pause-café</i>	
16h00 – 18h00	Séance spéciale III :	Faits nouveaux survenus dans le cadre du NEPAD et leurs incidences sur la santé Orateur : Professeur Wiseman Nkhulu, Président, Comité d'Orientation du NEPAD

5^{ème} JOUR : VENDREDI 5 SEPTEMBRE 2003

14h30 – 16h30 (Points 15 et 16 de l'ordre du jour)

Point 15 de l'ordre du jour Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC53/18)

Point 16 de l'ordre du jour Clôture de la cinquante-troisième session du Comité régional

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA RÉUNION

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

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

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

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

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

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

utilisation. Il a réaffirmé l'engagement de l'OMS d'éradiquer la poliomyélite et de réduire la prévalence des autres maladies prioritaires telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

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

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

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

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

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

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

MACROÉCONOMIE ET SANTÉ : L'AVENIR DANS LA RÉGION AFRICAINE
(document AFR/RC53/8)

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

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

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

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

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

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

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

19. Le Secrétariat a expliqué que la Macroéconomie et la Santé est un domaine d'activité relativement nouveau à l'OMS et marque un changement de cap en faveur d'une approche plus axée sur le développement plutôt que sur une approche médicale. On se souviendra toujours du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, pour avoir lancé les activités relatives à la macroéconomie et la santé. Le Secrétariat a assuré le Sous-Comité que l'OMS continuera à plaider et à oeuvrer au renforcement de la capacité des États Membres dans le domaine de l'économie sanitaire. Les capacités nationales en santé publique doivent être renforcées afin de s'assurer que l'intégration des problèmes de santé dans les politiques, projets et activités de tous les secteurs de développement.

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

RENFORCEMENT DU RÔLE DES HÔPITAUX DANS LES SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ (document AFR/RC53/9)

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

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

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

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

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

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

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

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

29. En ce qui concerne la mobilisation des ressources pour les hôpitaux, les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance de partenariats inter-institutions. Il faudra à cet effet encourager les jumelages entre les hôpitaux d'Afrique et ceux des pays développés. Le Sous-Comité du Programme reste convaincu que le renforcement des

hôpitaux doit être examiné globalement avant d'être abordé pays par pays. En outre, une décentralisation efficace des mécanismes de prestation des soins de santé et une utilisation rationnelle des ressources disponibles sont également nécessaires pour améliorer la performance des systèmes de santé.

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

- a) Dans le résumé, le paragraphe 3(a) devrait être libellé de la manière suivante : «développement des hôpitaux, avec administration générale par le gouvernement et participation effective de la communauté».
- b) Dans l'analyse de la situation :
 - la deuxième phrase du paragraphe 5 devrait se lire de la manière suivante : «Le réseau des hôpitaux comprend les hôpitaux de district, les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de troisième niveau et les hôpitaux universitaires»;
 - la première phrase du paragraphe 7 devrait se lire de la manière suivante : «Le financement des hôpitaux constitue un dilemme en ce sens que ceux-ci consomment généralement une grande partie des crédits affectés aux ministères de la santé (parfois plus de 70 % de l'ensemble du budget)»;
 - la dernière phrase du paragraphe 9 devrait se lire de la manière suivante : «Dans de nombreux pays, les hauts responsables de l'État et les personnes aisées manifestent leur manque de confiance dans les hôpitaux publics en se faisant soigner dans des hôpitaux privés ou à l'extérieur du pays»;
 - la première phrase du paragraphe 13 devrait se lire de la manière suivante : «Certains programmes de santé utilisent les services de santé de district pour la formation en cours d'emploi et le développement des ressources humaines en santé».
- c) Dans la partie consacrée au «Cadre pour le renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé» :
 - ajouter : «(d) participation de la communauté» au paragraphe 18»;
 - le paragraphe 19(a) devrait se lire «prestation de soins de recours»;

- la première phrase du paragraphe 20 devrait se lire de la manière suivante : «la principale fonction des hôpitaux consiste à dispenser des soins de santé d'un bon rapport coût/efficacité aux malades qui leur sont référés»;
- le paragraphe 24(a) devrait se lire de la manière suivante : «renforcement des hôpitaux, avec administration générale par le gouvernement et participation effective de la communauté»;
- la première phrase du paragraphe 31 devrait se lire de la manière suivante : «la qualité des soins devrait devenir une préoccupation majeure dans la réforme des hôpitaux et une responsabilité collective de tous les professionnels de la santé».

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

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

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

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

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

35. Le Dr Belhocine a souligné que les traumatismes sont des problèmes sociaux aux conséquences graves pour la santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Ils sont responsables de 11 % du taux de mortalité global et de

13 % de toutes les années de vie perdues ajustées sur l'incapacité. En 2000, ne serait-ce que dans la Région africaine, on estime à 725 000 le nombre de personnes mortes des suites de traumatismes, ce qui représente 7 % de tous les décès et 15 % des décès liés à des traumatismes dans le monde.

36. Il a d'autre part fait observer que l'impact économique, social et sanitaire des traumatismes et violence est significatif et important dans les pays pauvres et auprès des populations déshéritées. En effet, les traumatismes peuvent entraîner une paupérisation, et la pauvreté est un facteur de risque pour les traumatismes et la violence. Dans la Région africaine, les accidents de la route, les conflits et la violence interpersonnelle sont les principales causes de mortalité et d'incapacité liées aux traumatismes.

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

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

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

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

a) Dans le résumé :

- à la deuxième phrase du paragraphe 1, après les mots «manque de», insérer «renseignements bien documentés et de»;

- au paragraphe 4, après les mots «soins pré-hospitaliers», insérer «y compris les services d'urgence et d'ambulance»;
 - au paragraphe 5, ajouter «fondés sur des bases factuelles» après « de lutte contre la violence»; à la fin de la phrase, ajouter «et à atténuer les conséquences des traumatismes».
- b) Dans l'introduction :
- aux paragraphes 3 et 4, faire figurer les «catastrophes naturelles» parmi les causes de traumatisme – ce qui devrait se retrouver également au paragraphe 8;
 - au paragraphe 4, définir le terme «collective»; il faudrait souligner la corrélation entre pauvreté et traumatismes en l'étayant par des données statistiques;
 - au paragraphe 7, la modification ne concerne que le texte anglais;
 - au paragraphe 8, inclure «les mécanismes de prise en charge des situations d'urgence».
- c) Dans la partie Situation actuelle :
- au paragraphe 11, mentionner «les troubles politiques et les facteurs socio-culturels»;
 - au paragraphe 13, mettre à jour la figure 2 en faisant appel à des statistiques plus récentes;
 - au paragraphe 25, donner des statistiques sur le nombre de suicides dans la Région africaine.
- d) Dans la partie Plan d'action :
- au paragraphe 28, insérer «sur la base de données factuelles» après le mot «promouvoir» et insister sur le renforcement du rôle de la recherche pour la prévention des traumatismes;
 - dans la deuxième phrase du paragraphe 30, ajouter le membre de phrase «et d'encourager un partenariat plus large et plus efficace».
- e) Dans la partie Rôles et responsabilités :

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

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

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

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

SANTÉ DE LA FEMME : STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC53/11)

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

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

45. Le Dr Oluwole a fait observer que le document rendait compte des diverses étapes de la santé de la femme. Par exemple, les infections, les traumatismes et les violences sexuelles sont courants dans l'enfance. L'adolescence se caractérise par les mariages précoces, les grossesses non désirées, les avortements à risque, les pratiques traditionnelles néfastes et les

mutilations sexuelles féminines. Lors de la période de procréation, la morbidité et la mortalité maternelles représentent des défis majeurs de santé publique. Chez les femmes âgées, le cancer du sein et du col de l'utérus, l'ostéoporose, le syndrome post-ménopausique et la dépression mentale sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/SIDA et la violence touchent les femmes tout au long de leur vie. La tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA constituent une triade mortelle pour les femmes africaines.

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

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

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

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

- a) la nécessité de prendre en compte les problèmes spécifiques des femmes en milieu rural;

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

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

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

- j) au paragraphe 19 c), ajouter «et veiller à la maternité à moindre risque» à la fin de la phrase;
- k) au paragraphe 20, il a été proposé d'inclure la question de l'éducation des fillettes;
- l) au paragraphe 20 b), ajouter à la fin de la phrase «en particulier des soins obstétricaux d'urgence»;
- m) au paragraphe 23, deuxième phrase, ajouter «l'hypertension artérielle» avant «le diabète et la cécité»;
- n) au paragraphe 35 de la version française, deuxième phrase, il a été demandé de remplacer «engagement ferme» par «ferme engagement».

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

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

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

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

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

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

- i) Au paragraphe 10 de la version portugaise du document et s'agissant des progrès réalisés dans l'élimination des mutilations sexuelles féminines, les membres du Sous-Comité ont été informés qu'une enquête est en cours pour évaluer les résultats des cinq premières années de mise en œuvre du Plan d'action régional sur 20 ans visant à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines, et que d'ici décembre 2003, les résultats préliminaires seront disponibles pour les États Membres.

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

SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET SANTÉ : PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC53/12)

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

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

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

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

et l'application de législations en matière de salubrité des aliments, la mise en oeuvre de mesures de prévention fondées sur la notion du risque, la surveillance et le renforcement des capacités.

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

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

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

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

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

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

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

INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS LIÉES AU VIH/SIDA, AU PALUDISME ET À LA TUBERCULOSE (document AFR/RC53/13)

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

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

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

69. On compte à ce jour les réalisations suivantes : un engagement politique plus poussé des pays et l'établissement de partenariats pour accélérer la mise en œuvre des interventions; le renforcement des capacités pour la prévention et le contrôle de ces trois maladies; une meilleure connaissance concernant le VIH/SIDA et la sécurité transfusionnelle; des taux accrus de dépistage de la tuberculose et une meilleure application de la stratégie DOTS; une plus grande capacité en matière de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme dans presque tous les pays.

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

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

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

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

- a) la dernière phrase du paragraphe 6 doit commencer comme suit : «Certains pays de la Région comptent»;
- b) la deuxième phrase du paragraphe 7 doit commencer comme suit : «Il est à l'origine de 30 à 50 %»;
- c) étant donné que les paragraphes 11 à 14 traitent tous de *questions administratives*, il a été suggéré de les regrouper en un seul paragraphe;
- d) à la deuxième phrase du paragraphe 13, il a été proposé d'ajouter après «de la planification et de la gestion» «et la composition inappropriée des organes de coordination»;
- e) au paragraphe 18, après «ONG» ajouter «des organisations à base communautaire»;
- f) à la dernière phrase du paragraphe 19, avant «réaffirment davantage» ajouter «et d'autres initiatives de réduction de la pauvreté»;

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

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

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

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

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

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC53/7)

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

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

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

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

- a) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
(document AFR/RC53/8)
Professeur Pierre-André Kombila-Koumba (Président)
- b) Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé
(document AFR/RC53/9)
Professeur Pierre-André Kombila-Koumba (Président)
- c) Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action (document AFR/RC53/10)
Dr Omar Sam (Rapporteur)
- d) Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC53/11)
Dr Omar Sam (Rapporteur)
- e) Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
(document AFR/RC53/12)
Dr Miaka mia Bilenge (Rapporteur)
- f) Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose (document AFR/RC53/13)
Dr Miaka mia Bilenge (Rapporteur)

CLÔTURE DE LA RÉUNION

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

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

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

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

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

86. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. ÉTATS MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO

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

GUINÉE ÉQUATORIALE

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

ÉRYTHRÉE

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

ÉTHIOPIE*

* N'a pas pu participer.

GABON

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

GAMBIE

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

GHANA

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

GUINÉE-BISSAU

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

GUINÉE*

KENYA

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

LESOTHO

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

LIBÉRIA

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

2. MEMBRES DU CONSEIL EXÉCUTIF

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

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

Dr Kwaku Afriyie*
Minister of Health
Accra
Ghana

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

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

* N'a pas pu participer.

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

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

APPENDICE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : MARDI 17 JUIN 2003

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

2^{ème} JOUR : MERCREDI 18 JUIN 2003

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

3^{ème} JOUR : JEUDI 19 JUIN 2003

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

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

4^{ème} JOUR : VENDREDI 20 JUIN 2003

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

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

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 1

Le rôle des services de laboratoire dans la prestation des soins de santé de qualité

INTRODUCTION

1. La Table ronde sur «le rôle des services de laboratoire dans la prestation des soins de santé de qualité» s'est tenue le 4 septembre 2003 sous la présidence du Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire, M. Albert Mabri.
2. La facilitation était assurée par le Professeur Muyembe Tamfum, Directeur de l'Institut national de Recherche biomédicale (INRB), de la République démocratique du Congo. Le Président de séance et le Facilitateur ont été présentés par le Dr Chatora, Directeur de la Division Développement des Systèmes et Services de Santé.
3. Le Facilitateur a fait un survol de la situation des laboratoires dans les pays de la Région en mettant en exergue les principaux problèmes rencontrés par les laboratoires et les différents axes de recherche de solutions en vue d'améliorer la performance des services de laboratoire.
4. Le Président a ensuite lancé la discussion.

DISCUSSIONS

5. Quarante-huit délégués des pays ont pris part à la table ronde. Quinze interventions ont été enregistrées. Outre l'affirmation du rôle premier du laboratoire dans la prestation des soins de santé, les intervenants ont fait le constat de la situation désastreuse des laboratoires dans notre Région avant de proposer des solutions consistant à :
 - a) faire un état des lieux de leurs laboratoires comme préalable à toute intervention visant le renforcement de la performance de ceux-ci;
 - b) élaborer et appliquer une véritable politique nationale de laboratoire avec une Direction centrale dûment constituée ayant une ligne budgétaire spécifique;
 - c) mettre en place un réseau national des laboratoires qui constituerait un cadre favorable pour la supervision et la coordination des activités;

- d) standardiser la liste des équipements, réactifs et tests par niveau de la pyramide sanitaire;
- e) élaborer des normes et standards de procédures techniques (SOP) et promouvoir un programme d'assurance de qualité;
- f) encourager la production locale des réactifs dits de base et les achats groupés; fidéliser les fournisseurs;
- g) organiser le cadre législatif et la gestion des procédures d'accréditation;
- h) concevoir des plans d'investissement dans le secteur du laboratoire en prenant en compte la maintenance et le renouvellement des équipements.

RECOMMANDATIONS

6. À la suite de l'examen des solutions proposées, les participants à la Table ronde ont convenu que le principal problème était l'absence d'une véritable politique du laboratoire, cadre idéal pour l'application efficace des interventions correctives. En conséquence, ils ont recommandé :

Aux pays :

- a) d'effectuer un état des lieux de leurs services de laboratoire;
- b) d'élaborer et de mettre en œuvre une véritable politique nationale de laboratoire, partie intégrante de la politique nationale de santé et basée sur une Direction centrale et un réseau national de laboratoires;
- c) d'élaborer un cadre réglementaire et législatif pour les laboratoires;
- d) d'allouer des ressources suffisantes pour les activités de laboratoires.

À l'OMS et aux autres partenaires :

- a) d'apporter un appui technique pour l'analyse de la situation, l'élaboration de la politique, la définition des SOP;
- b) de fournir un appui financier pour l'amélioration des équipements des laboratoires au niveau des pays.

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 2

Maternité sans risque : améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence

INTRODUCTION

1. La Table ronde sur le thème *Maternité sans risque : améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence* s'est tenue le 4 septembre 2003. Son but était de déterminer les principales mesures à prendre pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans la Région africaine. Elle était présidée par le Dr Aida Libombo, Vice-Ministre de la Santé du Mozambique, et coprésidée par le Dr Kwaku Afriye, Ministre de la Santé du Ghana. La discussion était animée par le Professeur Kasonde. Au total, 74 délégués y ont participé.

2. Le Dr Doyin Oluwole, Directeur de la Division Santé de la famille et Santé génésique, et le Dr Aida Theodomira de Nobreza Libombo, qui présidait la réunion, ont formulé des remarques liminaires sur la question. Le Professeur Kasonde a présenté un exposé définissant :

- a) l'ampleur du problème de la mortalité maternelle;
- b) les mesures prises dans la perspective de la maternité sans risque;
- c) un cadre pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence;
- d) les points essentiels à examiner.

POINTS DE DISCUSSION

3. Les participants ont débattu des questions suivantes :

- a) mesures à prendre pour créer et maintenir un système complet de soins obstétricaux d'urgence;
- b) comment mieux sensibiliser les communautés et les instances nationales et internationales à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales;
- c) comment améliorer les compétences des professionnels de la santé actuellement en service pour qu'ils dispensent des soins obstétricaux d'urgence en leur transférant les fonctions et les activités qui s'y rapportent; implications de cette stratégie sur le plan des ressources humaines, matérielles et financières;

- d) comment assurer une allocation et une utilisation appropriées des ressources afin de renforcer les services obstétricaux d'urgence; mesures à prendre pour garantir la disponibilité des fournitures, des médicaments et du matériel essentiels, y compris du sang non contaminé;
- e) éléments d'un plan de préparation et d'intervention en matière d'urgences obstétricales au niveau de la communauté;
- f) stratégies qui pourraient être adoptées pour renforcer le rôle de la communauté dans les efforts visant à faire en sorte que les femmes soient assistées par du personnel qualifié pendant l'accouchement.

POINTS SOULEVÉS

4. *Mesures à prendre pour créer et maintenir un système complet de soins obstétricaux d'urgence*
 - a) volonté politique appuyée par des actions continues de plaidoyer, y compris volonté des pouvoirs publics d'assurer des services obstétricaux gratuits;
 - b) participation des communautés et des hommes à l'organisation des services;
 - c) préparation aux urgences obstétricales chez les professionnels et au sein de la communauté, notamment ensembles de prestations pour la préparation aux urgences obstétricales dans les hôpitaux;
 - d) liens entre la communauté et les services de santé;
 - e) systèmes de financement de rechange pour améliorer l'accès aux soins;
 - f) systèmes d'assurances ou plans de paiement différé;
 - g) évaluations des besoins afin de déterminer les lacunes des prestations;
 - h) mise en place de systèmes de communication radio avec postes émetteurs-récepteurs et de services de transport d'urgence appropriés;
 - i) systèmes efficaces de contrôle et d'évaluation.

5. *Comment mieux sensibiliser les communautés et les instances nationales et internationales à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales*

Il faudrait :

- a) sensibiliser les communautés;
- b) sensibiliser les membres des gouvernements et les parlementaires au problème de la santé maternelle et réorienter les ressources affectées à des opérations militaires au profit de stratégies pour la survie des mères;
- c) sensibiliser les administrateurs sanitaires à la nécessité de promouvoir résolument la maternité sans risque et d'allouer les ressources nécessaires à cette fin;
- d) inciter les associations communautaires et les ONG concernées à organiser des actions de plaidoyer pour l'amélioration de la santé maternelle;
- e) évaluer les besoins à satisfaire pour des services communautaires de maternité sans risque et de soins obstétricaux d'urgence;
- f) créer une journée nationale de la maternité sans risque, par exemple pour le jour de la fête des mères en mai.

6. *Comment améliorer les compétences des professionnels de la santé actuellement en service pour qu'ils dispensent des soins obstétricaux d'urgence en leur transférant les fonctions et les activités qui s'y rapportent. Implications de cette stratégie sur le plan des ressources humaines, matérielles et financières.*

Il faudrait :

- a) réexaminer les programmes de formation des sages-femmes pour y inclure les soins obstétricaux d'urgence;
- b) former les généralistes et les personnels paramédicaux aux soins obstétricaux d'urgence (par exemple les techniciens en chirurgie au Mozambique);
- c) autoriser les généralistes à pratiquer des césariennes;
- d) autoriser les personnels infirmiers et les sages-femmes à pratiquer des injections par voie intraveineuse, des échographies et à administrer d'autres traitements du même type;

- e) donner une formation en soins obstétricaux à tous les personnels infirmiers;
- f) assurer un encadrement apportant le soutien requis.

Ces mesures devraient être complétées par une législation pertinente.

7. *Comment assurer une allocation et une utilisation appropriées des ressources afin de renforcer les services obstétricaux d'urgence. Mesures à prendre pour garantir la disponibilité des fournitures, des médicaments et du matériel essentiels, y compris du sang non contaminé.*

Il faudrait :

- a) élaborer, dans le contexte des réformes du secteur de la santé, une politique garantissant qu'une part des fonds mobilisés sera effectivement utilisée pour les services de santé maternelle;
 - b) veiller à ce que les pouvoirs publics apportent des ressources correspondant aux ressources mobilisées par les communautés;
 - c) renforcer les services de maternité du point de vue de la gestion des fonds;
 - d) concevoir les services hospitaliers d'urgence autour des soins obstétricaux d'urgence;
 - e) assurer des ensembles de soins d'urgence pour la prise en charge des principales complications de la grossesse et de l'accouchement.
8. *Éléments d'un plan de préparation et d'intervention en matière d'urgences obstétricales au niveau de la communauté.*
- a) mobilisation sociale comparable à celle des Journées nationales de Vaccination (JNV);
 - b) systèmes communautaires de financement tels des systèmes de mutuelle;
 - c) organisation de services de transport d'urgence avec la participation de compagnies de transport locales;
 - d) création de maternités d'attente à proximité des services de santé.

9. *Stratégies qui pourraient être adoptées pour renforcer le rôle de la communauté dans les efforts visant à faire en sorte que les femmes soient assistées par du personnel qualifié pendant l'accouchement*
- a) analyses des décès maternels au niveau des services de santé et de la communauté et à l'échelon national et rapports de ces analyses pour améliorer la qualité des soins et apporter une information en retour à tous les échelons;
 - b) actions de sensibilisation afin d'améliorer l'attitude des agents de santé de manière à assurer des services à l'écoute des femmes – ce qui encouragera leur utilisation;
 - c) participation de la communauté à la supervision des services de santé maternelle;
 - d) aide et prise en charge par la communauté d'un plan de préparation aux urgences obstétricales comprenant des services de transport.
10. D'autres problèmes de portée générale ont été évoqués, notamment l'éducation des petites filles, la lutte contre la pauvreté et la prévention des conflits. Il a été souligné que la volonté politique et la participation de la communauté constituaient des conditions préalables indispensables au succès des programmes pour une maternité sans risque. Il faudra pour cela que les ministères et les professionnels de la santé mènent sans relâche une action de sensibilisation dans ce sens.

RAPPORT DE LA TABLE RONDE No 3

Situations d'urgence et action humanitaire : améliorer l'efficacité des interventions de santé

INTRODUCTION

1. La Table ronde portant sur le thème «Situations d'urgence et action humanitaire : Améliorer l'efficacité des interventions de Santé» s'est tenue le 4 septembre 2003 sous la présidence du Professeur Abdelhamid Aberkane, Ministre de la Santé publique d'Algérie. Le Professeur Emmanuel Eben-Moussi (Cameroun) a joué le rôle de facilitateur et de Rapporteur. Environ 70 participants, dont de nombreux Ministres de la Santé, ont activement animé les débats.
2. L'objectif de la Table ronde était d'attirer l'attention sur le fardeau que les situations d'urgence/catastrophes et les situations de crise humanitaire font peser sur la santé, de mieux préciser le rôle des États Membres, et de définir les mesures que les ministères de la santé et leurs partenaires pourraient adopter pour minimiser l'impact sanitaire de ces situations.
3. Une brève introduction a été faite par le Président de la séance, soulignant l'importance du sujet, relevant le caractère fortement intersectoriel et interdisciplinaire des réactions aux situations de catastrophes, invitant à détecter et évaluer les vulnérabilités et les risques majeurs, déplorant la faible capacité de nos systèmes nationaux de santé à s'organiser le mieux possible.
4. Le facilitateur de la table ronde a ensuite donné des explications sur le document d'information (AFR/RC53/RT/3) reçu par les participants, explicité les notions urgence et catastrophe, aide humanitaire et interventions sanitaires. Il a ensuite indiqué la méthode de travail convenue.
5. Un exposé faisant un point de situation actualisé a été fait par Mme E. Anikpo-N'Tame, Directeur de la Division Milieux favorables à la santé et Développement durable au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, sur un inventaire des urgences/catastrophes vécues ces dernières années par la Région africaine, leur impact socio-économique, les carences aux ripostes, ce qui amène à se préoccuper du caractère aussi brûlant que complexe, aussi déprimant que défiant de ces situations qui confinent vite à la crise humanitaire.

EXPÉRIENCES RAPPORTÉES ET LEÇONS APPRISES

6. Les expériences rapportées par tous les intervenants soulignent :
 - a) les insuffisances des réponses nationales, insuffisances dues au manque de préparation, panique/précipitation/improvisation parfois, riposte retardée et/ou inadaptée, faiblesse des systèmes de santé, coordinations mal régulées, mauvaise prise en compte des populations les plus vulnérables, difficultés d'appréciation de l'étendue des problèmes dans le temps et dans l'espace;
 - b) l'importance des partenariats intersectoriels;
 - c) l'intérêt d'associer aux activités toutes les forces vives du pays, en particulier les forces armées et les ONG à vocation humanitaire (comme la Croix-Rouge), voire le secteur privé;
 - d) les difficultés de gestion des interventions sauvages;
 - e) la complexité des situations post-conflit/post-catastrophe/post-crise au plan de leur retentissement sur le «potentiel de santé» des pays et au plan de l'accompagnement des victimes;
 - f) les problématiques transfrontalières majeures notamment dans la région des Grands Lacs, la Corne de l'Afrique, l'Afrique de l'Ouest;
 - g) la nécessité de voir l'OMS jouer son rôle à la fois normatif, de soutien technique et de coordination.

POINTS DE DISCUSSIONS ET DÉBATS

7. La Table ronde a examiné les points suivants :
 - a) Comment les ministères de la santé peuvent-ils réduire l'incidence sanitaire de ces situations ?
 - b) Comment les gouvernements peuvent-ils renforcer l'aptitude des pays à gérer efficacement les situations d'urgence et à tirer le meilleur parti de l'importante assistance en matière de secours qui leur est fournie par les partenaires ?

- c) Comment les gouvernements et les communautés peuvent-ils participer à la prise en charge des situations d'urgence dans le contexte de pauvreté extrême où ils se trouvent ?
- d) Quel type de soutien les pays attendent-ils de l'OMS ?

RECOMMANDATIONS FORMULÉES

À l'attention des États Membres

8. La Table ronde a recommandé aux États Membres de :

- a) identifier les risques potentiels de catastrophes et évaluer la vulnérabilité des populations;
- b) jouer un rôle moteur dans le déclenchement de toutes les opérations de riposte, en définissant et balisant le cadre d'intervention, en précisant les codes de conduite, en induisant les démarches normatives;
- c) sensibiliser par un plaidoyer actif tous les partenaires nationaux tant au niveau gouvernemental que non gouvernemental, de manière à renforcer les mécanismes de collaboration et convenir des exigences de coordination;
- d) disposer d'une équipe, cellule ou d'un groupe spécial interministériel de crise et/ou d'un Représentant du secteur santé dans le conseil national de sécurité, s'il existe;
- e) promouvoir autant que possible des textes préventifs concernant les regroupements massifs des populations, et prévoir des dispositions réglementaires permettant (à la demande) la décentralisation pour des interventions de proximité, surtout quand elles doivent se développer au niveau des zones enclavées ou transfrontalières;
- f) structurer les plans nationaux autour de cinq préoccupations : prévision, prévention, préparation, riposte, gestion post-catastrophe;
- g) organiser des exercices nationaux périodiques de simulation de réponse à une catastrophe;
- h) solliciter, consolider et réguler au mieux les ONG appelées à intervenir, surtout celles à vocation humanitaire;

- i) exploiter le potentiel existant et former une masse critique de compétences nationales en urgence (médecine d'urgence, planification, gestion, coordination, riposte, suivi et évaluation);
- j) s'investir dans la gestion des informations collectées et mieux se préparer à canaliser le flux des informations dirigées vers les communautés afin de promouvoir des mécanismes locaux de solidarité et de vigilance;
- k) renforcer la préparation aux urgences/catastrophes par :
 - un système de veille sanitaire et de veille politique relevant de la bonne gouvernance;
 - l'actualisation des plans nationaux d'intervention, en s'assurant qu'ils tiennent compte de certaines réalités des pays (on pense par exemple aux régions insulaires), que ces plans soient opérationnels et financés à minima et qu'ils soient partie opérationnelle des plans de protection civile;
 - le renforcement des capacités des structures de mise en œuvre de la réponse, mention spéciale aux plans de secours dans les hôpitaux et d'alerte à l'urgence sanitaire;
 - des mesures préventives que sont la vaccination des populations vulnérables, les vaccinations transfrontalières synchronisées, le prépositionnement de stocks stratégiques d'urgence (aliments, médicaments, vaccins) et l'amélioration du statut nutritionnel;
 - le renforcement des capacités de réponse aux urgences/catastrophes par une meilleure ventilation des directives techniques, une prise en charge curative et préventive bien organisée, une attention soutenue aux aspects non sanitaires (habitat/environnement, eau/assainissement, alimentation/nutrition).

À l'attention de l'OMS

9. Il est demandé à l'OMS de :
 - a) renforcer l'organisation des points focaux EHA et les équipes sous-régionales d'intervention;
 - b) poursuivre ses efforts en matière de formation des experts nationaux dans le domaine de l'urgence et les domaines connexes;

Paludisme

Nous soutenons depuis longtemps la recherche sur le paludisme. Celle-ci a porté sur le développement de nouveaux produits, vaccins ou médicaments, pour combattre la maladie mais aussi sur le thème de la résistance aux médicaments. Pour donner une idée de nos actions, dans le dernier programme cadre européen (1998-2002), nous avons 26 différents projets de recherche sur le paludisme pour un montant total de plus de 30 millions d'Euros rassemblant au total près de 100 instituts de recherche établis dans 15 pays africains, 11 pays européens, et 5 pays d'Asie ou d'Amérique du Sud. C'est une illustration concrète de ce partenariat que nous avons déjà établi entre nous et qu'il nous faut aujourd'hui approfondir.

La publication en octobre dernier du complet génome du *Plasmodium falciparum* et de celui du moustique anophèle qui en est le vecteur offrent un espoir sans précédent à ceux qui travaillent dans ce domaine.

Un exemple particulier d'un projet de recherche entre le Gabon, le Cameroun et trois pays européens (France, Danemark, Pays-Bas) est un essai clinique d'un produit qui a démontré son efficacité *in vitro*. Ce produit est testé à différentes doses afin de pouvoir évaluer la dose minimale efficace et les effets secondaires éventuels. L'efficacité de ce produit est aussi testée en combinaison avec d'autres médicaments antipaludiques afin de mesurer la réduction de la durée du traitement et celle du risque de résistance. Si tous les tests s'avéraient positifs, un nouveau médicament pourrait être développé d'ici trois années.

Tuberculose

Nous finançons depuis de nombreuses années plusieurs projets sur la tuberculose portant soit sur le développement de nouveaux médicaments, soit sur les vaccins antituberculeux. Le BCG est un vaccin qui apporte un certain degré de protection chez les enfants mais son efficacité varie beaucoup selon les personnes et il n'est quasiment pas protecteur chez les adultes. Il est donc nécessaire de trouver un nouveau vaccin plus performant. L'un de nos projets porte sur la découverte de nouvelles molécules vaccinales et comporte près de 40 groupes de recherche leaders dans ce domaine venant de 11 pays différents. C'est un beau projet de recherche «fondamentale» coordonné par l'Institut Pasteur de Paris. Un autre projet de recherche «appliquée» cette fois-ci vient de démarrer et vise à tester un nouveau vaccin contre la tuberculose en Afrique de l'Ouest avec le Sénégal et la Gambie comme partenaires. Il permettra aussi de préparer deux groupes de personnes à haut risque pour de futurs essais cliniques à plus grande échelle.

Le budget dédié à la tuberculose dans le programme actuel de recherche européen représente un effort cinq fois plus grand que ce que nous faisons précédemment et reflète l'engagement fort de la Commission européenne pour combattre la tuberculose.

SIDA

La répartition du SIDA varie beaucoup d'un pays à l'autre de l'Afrique; par exemple, le Sénégal et l'Ouganda ont réussi à confiner l'épidémie grâce à la coordination de tous les acteurs et la mise en place de mesures précises et efficaces régulièrement réévaluées. La Commission européenne a financé les premières études épidémiologiques sur le VIH dès les années 80. Les types du virus VIH ne sont pas les mêmes en Europe et en Afrique, ils varient aussi selon les pays africains mais aucune relation entre le sous-type de virus et la rapidité de la progression n'a été mise en évidence. Par contre, les résultats de ces études sur la variabilité du virus que nous avons financé entre 1994 et 1998 sont de grande valeur pour la recherche sur le vaccin contre le SIDA.

Un des nos projets qui s'est déroulé en Tanzanie a pu démontrer que la co-infection avec d'autres maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis ou la gonorrhée favorise l'apparition d'ulcérations et donc la pénétration du virus. Le traitement et la prévention des autres maladies sexuellement transmissibles ont fait diminuer de moitié la transmission du SIDA.

Par ailleurs, comme de nombreuses femmes ont des difficultés pour négocier l'usage des préservatifs avec leur partenaire, d'autres mesures de protection doivent être évaluées. La Commission européenne a financé un projet en Ouganda et vient de sélectionner deux projets de recherche sur les microbicides reconnus par un panel d'experts internationaux comme très prometteurs. Ils vont démarrer prochainement et nous attendrons qu'ils démontrent leur efficacité et leur innocuité chez les femmes qui les utiliseront. Si ce travail sur les microbicides est positif, ce pourrait être une excellente alternative aux préservatifs masculins.

Un nouveau programme plus structuré

Ces projets étaient jusqu'à présent multiples et variés. Ils auront permis de créer un partenariat vivant avec de nombreux pays africains. Mais aujourd'hui, je vous présente un programme beaucoup plus structuré. La Commission a reconnu l'urgence de mettre en place un large programme d'action permettant une approche globale et multisectorielle des principales maladies liées à la pauvreté. Ce programme qui comprend trois volets complémentaires forme un tout cohérent :

- 1) un volet «Recherche» qui permettra d'accélérer le développement de nouveaux vaccins et médicaments plus efficaces;
- 2) un volet «Santé-Développement» dont l'objectif est d'améliorer l'impact des interventions sanitaires existantes; c'est ainsi que la Commission s'est engagée à contribuer au Fonds mondial de lutte contre ces trois maladies;

- 3) un volet «Politique commerciale» afin de rendre les produits pharmaceutiques essentiels plus abordables.

Cette action transversale à travers différentes politiques est probablement unique au monde. Chacun de ces trois programmes ne pourrait exister indépendamment des autres.

Avant de parler de la recherche, je voudrais saluer les progrès réalisés à Genève dans le domaine commercial.

Partenariat des pays européens et en développement sur les essais cliniques (EDCTP)

En ce qui concerne le volet recherche, la lutte contre les trois principales maladies dites de pauvreté est une priorité de notre programme de recherche pour les années 2002-2006 qui se veut largement ouvert sur le monde. La Commission européenne soutiendra une des plus grosses actions de recherche jamais financées par un programme de recherche communautaire; il s'agit du programme «Partenariat des pays européens et en développement sur les essais cliniques».

L'objectif du programme EDCTP est d'accélérer le développement de nouvelles interventions cliniques afin de lutter contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Aujourd'hui, les médicaments ne sont pas adaptés aux pays en développement, les médicaments contre le paludisme sont de moins en moins efficaces du fait de l'augmentation de la résistance du parasite, ceux contre le SIDA sont trop chers et trop contraignants dans leur mise en place et le traitement de la tuberculose est trop long et nécessite de prendre 3 à 4 antibiotiques pendant plus de 6 mois. Il nous faut donc trouver de nouveaux produits adaptés à l'Afrique, aux souches microbiennes locales, aux habitudes et aux traditions culturelles afin que le traitement soit bien suivi par les patients et adaptés aux systèmes de santé existants, c'est-à-dire tenant compte des spécificités locales comme les problèmes de distribution ou de chaîne du froid.

Nous avons besoin d'essais cliniques en Afrique qui sont complexes et coûteux. Travailler en partenariat permettra d'aller plus vite et de partager les coûts et les investissements.

Un partenariat étroit entre pays d'Europe et d'Afrique

Les scientifiques européens et africains travaillent ensemble depuis déjà presque deux ans pour dessiner les grandes lignes de ce programme. Plusieurs structures illustrant la volonté de travail en collaboration ont été mises en place :

- La première structure est le «Comité de coordination des pays en développement» (Developing Countries Co-ordinating Committee so called DCCC) qui regroupe

15 scientifiques spécialistes de ces maladies et représentant les différentes régions d'Afrique. Ce comité a pour objet de mettre en réseau les activités de recherche sur les essais cliniques en Afrique. Il s'est déjà réuni à plusieurs reprises et la dernière fois ce fut au mois de juillet à Maputo à l'invitation du Premier Ministre du Mozambique, le Dr Mocumbi.

- La deuxième structure est le comité de partenariat qui regroupe à égalité quatre scientifiques africains et quatre scientifiques européens auxquels s'ajouteront quatre autres experts, co-optés conjointement par les huit premiers, pour leur expertise scientifique complémentaire. Ce comité de partenariat a été sélectionné au printemps dernier après un appel à candidature international et ces personnes sont des scientifiques de tout premier plan. Ce comité aura pour tâches de définir la stratégie et les plans d'action d'EDCTP.
- Le troisième instrument est la mise en place du secrétariat africain d'EDCTP qui devrait être faite en début 2004; là encore après un appel à candidature auquel je vous invite à y donner le plus large écho.

L'EDCTP est un programme pilote de plusieurs manières. Comme je viens de vous le démontrer, il est basé sur un véritable partenariat à long terme entre le Sud et le Nord. EDCTP est basé sur les besoins réels des pays en développement, qui fixent eux-mêmes leurs priorités. C'est le plus grand programme sur les essais cliniques jamais égalé en Afrique. Son budget total est de 600 millions d'Euros. Pour la première fois, 14 pays de l'Union européenne, avec la Norvège ont pris l'initiative, avec le soutien de la Commission européenne, de se rassembler afin de coordonner leurs programmes nationaux de recherche dans le domaine des maladies liées à la pauvreté.

Calendrier de la mise en place de l'EDCTP

Ce programme va se développer sur le court, le moyen et le long terme. À court terme, cette initiative prévoit le lancement d'un premier ensemble d'initiatives dont l'objectif est de renforcer les capacités de recherche clinique dans vos pays grâce au transfert de technologie et de savoir-faire. Ce renforcement des capacités est aussi une des résolutions prises au Cap en juillet dernier par l'ensemble de vos collègues Ministres de la Recherche. Il y aura aussi des actions de soutien dans le domaine de la formation pour les chercheurs et les cliniciens qui renforceront les ressources humaines localement disponibles. Ces deux mesures immédiates permettront de garantir la viabilité à long terme du programme EDCTP. De plus, les chercheurs africains eux-mêmes auront à identifier les besoins des populations locales car ce sont eux qui connaissent le mieux le terrain et les efforts supplémentaires nécessaires.

À moyen terme, le lancement des premiers essais cliniques aura vraisemblablement lieu dans les 3 ou 4 premiers sites retenus. Ces essais à grande échelle seront conduits dans les pays où la maladie est endémique dans les vraies conditions cliniques et biologiques locales. C'est la seule façon de faire pour obtenir des résultats qui profitent directement aux populations les plus touchées. À long terme, ce sera le développement de nouvelles interventions à grande échelle dont les tests se seront révélés positifs au cours des essais cliniques. Cette initiative importante montre clairement l'engagement de l'Europe pour construire avec vous un partenariat pour vous aider à combattre ces maladies.

Actions concrètes du côté africain

Lors de la déclaration finale du deuxième sommet de l'Union africaine, les Chefs d'État stipulaient que la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme ou la tuberculose était une priorité pour le continent. Une plus grande aide de la communauté internationale y était également soulignée. La charge de ces maladies et de leur impact sur les populations sont excessivement lourds. Elle pourra même écraser certaines initiatives de développement pourtant programmées par le NEPAD et le plan du G8.

Aujourd'hui, je viens vous proposer le soutien de l'Europe. Il n'est pas possible de lutter contre les trois maladies sans de nouvelles interventions qui soient adaptées à la population africaine. Pour développer des vaccins et des médicaments, il est essentiel de faire de la recherche en Afrique. Comme je le soulignais au début de mon intervention, la recherche est complémentaire aux actions sur les règles du commerce international, aux actions pour faciliter l'accès aux médicaments existants abordables, et surtout aux actions sur le développement inclus dans le plan d'action du NEPAD. Le partenariat entre les pays européens et pays en développement, est un partenariat qui permettra de faire de la recherche clinique en Afrique, pour les Africains et avec les scientifiques africains.

Le succès dépend de votre soutien, Mesdames et Messieurs les Ministres, à travers certaines actions précises démontrant votre soutien politique clair à ce grand projet.

À court terme, dans le cadre du renforcement des capacités de centres de recherche, vous pouvez développer une politique nationale permettant à plus de médecins, pharmaciens ou techniciens de laboratoire de suivre une formation scientifique complémentaire afin de se spécialiser dans le domaine de la recherche et devenir des chercheurs compétents. Ceci permettrait d'avoir un plus grand nombre de scientifiques de haut niveau ressortissant de vos pays capables de faire une vraie carrière dans leur propre pays. Je viens de visiter deux centres de recherche très prometteurs à Mbeya, en Tanzanie, et à Manhica, au Mozambique, mais d'autres centres de qualité existent déjà.

À moyen terme, toujours dans le cadre du renforcement des capacités, vous pouvez inscrire le projet de recherche médicale contre les trois principales maladies de la pauvreté

dans vos priorités nationales et ainsi recevoir des financements complémentaires, par exemple à travers le biais du Fond européen du Développement. Ceci permettrait de renforcer les infrastructures de ces centres de recherche clinique qui pourront aussi servir de laboratoire de référence aux établissements de santé de la Région.

Les sites cliniques devraient être organisés au sein des grandes sous-régions africaines pour faciliter le partage de certaines infrastructures et le travail en réseau dans chaque sous-région. Dans une première phase, EDCTP soutiendra un site clinique par grande sous-région africaine. Ce sont les scientifiques qui établiront la liste des critères de sélection. Parmi ceux-ci, un soutien fort du gouvernement et des administrations nationales au projet EDCTP facilitera grandement le développement d'un centre de recherche potentiel. Le travail en sous-région facilitera la coopération avec le NEPAD qui est essentiel pour compéter les actions faites dans le domaine de la recherche avec celles du domaine du développement. Même si le budget d'EDCTP est important, on ne pourra financer avec les fonds de la recherche ni les infrastructures, ni la construction de bâtiments.

De plus, le programme EDCTP respectera les règles fondamentales d'éthique, en particulier le consentement éclairé des patients, le respect de la confidentialité, les soins aux personnes participantes. L'organisation des procédures adaptées et la participation de la population nécessitera la coopération des autorités locales. J'ai été impressionné par l'expérience des projets que je viens de visiter à Mbeya et à Manhica.

Pour les pays en développement se pose en plus la question de la mise à disposition des produits qui se sont révélés efficaces à la fin de l'essai clinique pour les populations locales. Nous l'encouragerons chaque fois que cela sera possible.

À long terme, à la fin d'un essai clinique, il serait souhaitable que les instances sanitaires locales dans un partenariat étroit avec les chercheurs poursuivent les activités de soins pour les participants à un essai clinique. Au cours de la période d'étude, les participants reçoivent une attention particulière en terme de soins et de prévention. Il nous semble du devoir des institutions sanitaires du pays de poursuivre ce travail à l'issue de l'essai clinique.

De plus, en cas d'essais cliniques démontrant des résultats positifs, les autorités nationales du pays devraient faciliter l'accès de ce nouveau produit aux personnes ayant besoin de ce traitement.

L'ensemble de ces actions serait un signal clair de notre soutien politique pour participer à ce programme de recherche médicale et, à terme, améliorer la santé de votre population. Mais ne faisons pas naître des espoirs trop tôt. La recherche se situe dans le

domaine du long terme. Il lui faut du temps, des moyens financiers, des scientifiques compétents et – ce n'est pas le moins important – un engagement politique fort, à la fois de la part des pays en développement et des pays développés.

Collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Je tiens aussi à signaler l'importance d'une collaboration étroite avec l'OMS. Dès ma prise de fonction comme Commissaire à la Recherche, j'ai tenu à renforcer les liens avec l'OMS dans le domaine de la lutte contre les maladies de pauvreté comme dans d'autres domaines de la santé publique.

Je suis encouragé par le soutien que l'OMS a donné à notre action dès le début. Et j'attends beaucoup du nouveau Directeur général pour aider à sensibiliser les responsables politiques et scientifiques africains à participer dans cet effort et à investir dans leurs capacités de recherche et de développement.

Partenariat public, privé

Enfin, il est essentiel de créer de nouveaux partenaires publics-privés durables de manière à permettre aux industriels d'investir dans les médicaments «économiquement orphelins». Le savoir-faire de l'industrie pour le développement clinique de médicaments est très précieux, voire indispensable. L'établissement de nouvelles formes de collaboration solides et efficaces avec l'industrie est une condition clef de la réussite de l'EDCTP. Je crois que je peux même d'ores et déjà m'avancer un peu plus aujourd'hui, en vous informant que certains industriels ont déjà décidé de soutenir activement notre projet d'essais cliniques. J'invite ceux qui ne l'ont pas encore fait à s'associer dès maintenant à cet effort.

Mesdames, Messieurs les Ministres,

Je conclurai mon intervention en disant que nous devons absolument, dès maintenant, approfondir ce partenariat entre nous si nous voulons qu'à long terme, la recherche nous délivre ses réponses. Ensemble, nous serons plus forts. Je vous demande également de mobiliser tous vos collègues de gouvernement afin d'inscrire la recherche et les essais techniques comme une priorité nationale dans le cadre d'un développement global. Cette résolution permettrait de coordonner, dans vos pays, les politiques de la santé avec celle de la recherche et du développement comme nous l'avons fait dans notre programme d'action en Europe. En soutenant la recherche, vous préparez le terrain pour que les scientifiques trouvent les nouveaux produits adaptés aux problèmes de santé d'aujourd'hui. Vous préparez ainsi le futur des jeunes générations qui, souhaitons le, auront des médicaments et des vaccins à leur disposition et grâce à nos efforts conjoints, un poids moins lourd à porter que leurs aînés.

**DÉCLARATION DU DR PASCOAL MOCUMBI,
PREMIER MINISTRE DE LA RÉPUBLIQUE DU MOZAMBIQUE**

Madame la Présidente,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Monsieur le Représentant de la Commission européenne,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique et des organisations
internationales,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est avec une très grande satisfaction que je m'adresse à cette réunion des Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS, à l'occasion de cette importante session du Comité régional qui traite des questions critiques du développement sanitaire de nos États Membres. En ma capacité de membre du gouvernement et de professionnel de la santé, je me sens partie prenante de cet effort que vous menez pour améliorer la santé des peuples africains. Grâce à l'appui et à la direction technique du Bureau régional, la Région a fait des progrès considérables dans la lutte contre les maladies et dans la promotion et la défense de la santé.

Je tiens à féliciter l'équipe du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique qui, sous la Direction du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a continué à soutenir les pays grâce à des orientations méthodologiques concernant les divers programmes de santé mis en œuvre dans chacun de nos États.

Je félicite également les Ministres de la Santé et leurs équipes, ainsi que tous les professionnels de la santé qui, par leur engagement, leur dévouement et leur abnégation, ont assuré la promotion, la restauration et le maintien de la santé des populations africaines, souvent au prix de leur propre vie, dans des situations de conflits et/ou d'épidémies.

Cependant, en dépit de ces efforts, l'état de santé du continent africain n'est pas satisfaisant et dans quelques cas, nous avons assisté à un renversement des indicateurs sociaux. Il en résulte que c'est en Afrique que l'on enregistre les taux de mortalité maternelle et périnatale les plus élevés du monde. De même, les indices de malnutrition aiguë et chronique, de la faim et de la pauvreté sont excessivement élevés. Parallèlement, dans ce scénario de misère, il y a déjà en Afrique des citoyens qui vivent dans l'angoisse, du fait de la criminalité et des conflits armés qui compromettent également le progrès de nos nations.

La conquête de la paix, de la stabilité politique et de la promotion du développement social figure au nombre des défis les plus complexes que les africains devront affronter sans tarder, dans la première décennie de ce troisième millénaire.

C'est pourquoi, lors de leur récent Sommet de Maputo, les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine ont, non seulement pris des décisions importantes sur l'institutionnalisation des organes de l'Union, mais accordé une attention particulière aux questions de santé et de développement. Pour manifester l'importance qu'ils attachent à la santé dans le cadre du développement de la Région, ils ont consacré une session extraordinaire au VIH/SIDA et y ont associé les diverses régions du monde grâce à une vidéoconférence à laquelle ont participé des experts en santé publique, des institutions financières, académiques, des gouvernements et leurs institutions, des organisations de la société civile et des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Je suis donc convaincu que nous vivons une période de changement et de convergence des points de vue sur le rôle déterminant de la santé dans le processus de développement social et économique de l'Afrique.

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les Ministres,

Le grand défi qu'il nous faut relever est le suivant : comment matérialiser les décisions relatives à la santé prises par les instances de l'Union africaine et de l'OMS en vue d'atteindre les Objectifs de Développement pour le Millénaire ? Nous croyons que le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) est le cadre approprié à cet effet. Mais le NEPAD ne pourra pas le faire tout seul. Il est impératif que nous sachions incorporer dans la politique et les programmes nationaux et sous-régionaux de développement «l'idéologie» du NEPAD. C'est de cette manière que nous réussirons à construire l'Union africaine en renforçant l'intégration, à l'exemple de ce qui s'est déjà passé dans la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC). L'un des moyens qu'on a déjà identifié à cet égard et qui mérite d'être renforcé et consolidé est l'adoption des plateformes stratégiques sous-régionales de la santé.

Dans cette perspective, il est important d'accroître notre capacité technique à traduire les déclarations politiques de nos dirigeants en plans et programmes de santé spécifiques, cohérents, techniquement solides, basés sur une analyse cohérente de la situation et tenant compte de nos atouts et de nos faiblesses. Ces processus nécessitent une capacité institutionnelle supplémentaire pour mener à bien la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation de nos interventions. C'est pourquoi nous devons nous efforcer de mobiliser des ressources supplémentaires pour renforcer les systèmes de santé dans chaque pays et les doter de ressources humaines adéquates.

Dans le cadre du NEPAD, on a souligné la nécessité d'assurer la formation, le renforcement et la rétention des cadres professionnels qualifiés et motivés pour les divers secteurs sociaux et économiques, compte tenu de la situation actuelle, caractérisée par la fuite excessive des cerveaux que connaît notre Région. Ce problème connaît une gravité particulière dans le secteur de la santé, qui exige beaucoup de main-d'œuvre. Il est donc nécessaire de l'examiner et d'y trouver des solutions efficaces dans le cadre du NEPAD. Nous devons également examiner les approches proposées dans le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.

L'expérience du Mozambique nous montre que c'est l'État qui a la responsabilité de mener des actions pour améliorer les conditions de vie et l'état de santé de la population, en privilégiant les soins de santé primaires, avec la participation de la communauté. Cependant, il s'est révélé extrêmement difficile de mobiliser suffisamment de ressources nationales pour la santé, car la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolue. Compte tenu de cette situation et en me fondant sur le Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, dont l'objectif est d'évaluer le rôle du secteur de la santé dans le cadre global du développement économique, je pense qu'il est indispensable de mettre au point de nouveaux modèles ou mécanismes pour améliorer le recouvrement des coûts courants, l'organisation et la gestion des services de santé et la promotion de partenariats entre les secteurs public et privé.

Il faut reconnaître, en revanche, compte tenu des réactions suscitées par la Commission Macroéconomie et Santé, que les pays ont des politiques de santé définies par les gouvernements, assorties de mécanismes précis de coordination nationale. Ce qui importe dès lors, c'est d'analyser les mécanismes de surveillance à l'aide des indicateurs courants de performance, sous la conduite des pays. Il convient cependant de souligner que le Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé souligne à juste titre la nécessité de redoubler d'efforts pour mobiliser davantage de ressources financières à l'intérieur et à l'extérieur du pays en faveur de la santé, en vue d'accroître les investissements dans ce secteur. Ces investissements devraient produire des résultats tangibles à moyen et long termes et devraient donc être judicieux. Ils devraient être consacrés aux problèmes de santé qui imposent le plus lourd fardeau aux populations. Ces investissements devraient profiter aux groupes les plus vulnérables et les plus à risque. Ils devraient privilégier les secteurs ayant un impact direct sur la santé comme ceux de l'eau, de l'assainissement, de la nutrition, de l'environnement, des infrastructures de base, de l'éducation et du genre.

L'amélioration du développement des systèmes de santé, qui constitue un préalable aux Objectifs de Développement pour le Millénaire, est également une préoccupation des gouvernements. Nous devons exploiter et gérer nos services de santé de façon à obtenir des résultats concrets et mesurables, malgré la pénurie des ressources qui caractérise nos économies.

Notre action doit être fondée sur des bases factuelles. C'est de cette manière que nous pourrions sélectionner les options les plus efficaces pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés. Pour ce faire, le recours à la recherche est incontournable. C'est précisément parce que nous sommes pauvres, que nous devons créer une capacité de recherche dans nos pays. Nous devons prendre des mesures concrètes pour matérialiser cet objectif. Jusqu'à maintenant, les investissements consacrés à la recherche ont été insignifiants dans la majorité des États Membres de la Région. S'efforcer de relever les défis de la recherche en santé nous paraît être une approche correcte pour notre Région. Par exemple, le potentiel offert par la médecine traditionnelle africaine pour surmonter ou atténuer de grands problèmes de santé comme le VIH/SIDA est encore inexploré. Par ailleurs, la recherche opérationnelle n'a pas bénéficié de l'attention qu'elle mérite, surtout de la part des décideurs et des gestionnaires. Nous devons mettre en place une plateforme de communication efficace entre les chercheurs et les scientifiques africains d'une part, et ceux qui prennent les décisions sur les politiques et les stratégies à appliquer d'autre part, car la mise en place d'un programme et d'un ordre de priorités en matière de recherche doit reposer sur un processus participatif.

Mon pays a eu l'occasion d'accueillir la réunion des scientifiques africains qui font partie du Comité de coordination des pays en développement, dans le cadre de l'initiative «Partenariat entre l'Europe et les pays en développement pour les essais cliniques». Je suis vraiment impressionné par la qualité et la portée de leurs propositions sur les moyens de promouvoir la participation africaine à la recherche de nouveaux outils, tels que les vaccins et les médicaments, pour lutter contre les maladies qui frappent avant tout les pauvres et qui sont les plus négligées par les programmes de recherche de l'industrie pharmaceutique, parce que de telles recherches sont jugées «non rentables».

En dialoguant avec les membres de ce Comité de coordination, nous avons appris qu'il existe divers centres de recherche en Afrique qui travaillent sans contact avec les autres centres de recherche situés dans les mêmes pays et dans d'autres pays et sous-régions.

La création de ce Comité de coordination fait paraître une lueur d'espoir car elle pourra favoriser l'instauration d'un réseau d'institutions de recherche et promouvoir la coopération Sud-Sud.

Nous estimons donc qu'il est grand temps de mobiliser un appui politique en faveur des initiatives de recherche et de développement en cours en Afrique.

L'Initiative EDCTP en faveur du développement de la recherche dans le domaine de la santé en Afrique intervient à point nommé et constitue une réponse concrète à l'appel lancé dans le cadre du NEPAD. C'est une initiative positive qui permet de catalyser la recherche en santé. Nous devons donc réfléchir, dès à présent, sur la viabilité des programmes de recherche en Afrique.

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les Ministres,

L'avenir exige que nous mettions à profit les synergies et les convergences d'opinions offertes par la conjoncture internationale actuelle. Il faut que nous prenions en main tous les processus axés sur la mise en œuvre du NEPAD. Nous avons la responsabilité historique de concrétiser la renaissance africaine.

Conscients de nos possibilités et de nos limites, nous pouvons produire des connaissances et les appliquer pour surmonter les obstacles qui entravent notre lutte contre la pauvreté absolue et pour le progrès et le bien-être des Africains si nous pouvons intégrer une composante recherche dans nos plans et programmes de développement.

Les maladies ne connaissent pas de frontières. Il importe donc d'harmoniser les méthodes de lutte contre les maladies dans les pays voisins ayant des frontières communes. En Afrique australe, l'Afrique du Sud, le Mozambique et le Swaziland ont un programme conjoint de lutte contre le paludisme dont les avantages sanitaires se font déjà sentir et dont on pourrait tirer d'importants enseignements en ce qui concerne la coopération entre les pays.

Je saisis cette occasion pour souligner à nouveau à quel point il est important de faire en sorte que le continent africain s'engage à améliorer continuellement ses mécanismes internes de résolution des problèmes de santé, à promouvoir la recherche et à mettre en place des mécanismes de coordination dans ce domaine, à créer un réseau régional et continental de recherche, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités humaines, la motivation du personnel de santé et l'amélioration des infrastructures de santé. C'est à ce prix que nous pourrions améliorer nos systèmes de santé et leur fonctionnement.

Permettez-moi de conclure en rendant hommage à l'Afrique du Sud pour son hospitalité et pour le rôle positif que ce pays a joué en sa qualité de coordonnateur du secteur de la santé dans la sous-région de la SADC, et en souhaitant plein succès à tous les participants à la cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

**PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE
DE LA CINQUANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 2002-2003 :
 - 6.1 Exécution du Budget Programme 2002-2003
 - 6.2 Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques :
 - a) Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé
 - b) Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS
 - c) Sécurité du sang : Stratégie de la Région africaine
 - d) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003-2005
 - e) Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine
 - f) Stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire
7. Élection du Directeur régional
8. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 8.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 8.2 Ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales
 - 8.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

9. Rapport du Sous-Comité du Programme :

9.1 Projet de Budget programme 2006–2007

9.2 Accélérer la mise en œuvre de la lutte antipaludique au cours de la période 2005–2010

9.3 Replacer la planification familiale dans les programmes de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2010

9.4 Renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire

9.5 Santé des travailleurs : Analyse de la situation et perspectives

9.6 Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

9.7 Recherche en santé dans la Région africaine : Situation actuelle, défis et perspectives

10. Tables rondes :

10.1 La violence sexuelle à l'égard des enfants : Une urgence sournoise dans la Région africaine

10.2 Défis à relever pour améliorer la situation nutritionnelle dans la Région africaine

11. Rapport des Tables rondes

12. Décisions de procédure

13. Dates et lieux de la cinquante-cinquième et de la cinquante-sixième sessions du Comité régional

14. Adoption du rapport du Comité régional

15. Clôture de la cinquante-quatrième session du Comité régional

ANNEXE 14

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC53/1	Ordre du jour
AFR/RC53/1.Add.1.Rév.2	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC53/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional pour 2002
AFR/RC53/3	Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC53/4	Ordres du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-quatrième session du Comité régional
AFR/RC53/5	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC53/6	Ordre du jour du Sous-Comité du Programme
AFR/RC53/7	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC53/8 Rév. 1	Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
AFR/RC53/9 Rév. 1	Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé
AFR/RC53/10 Rév. 1	Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action
AFR/RC53/11 Rév.1	Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC53/12 Rév. 1	Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC53/13 Rév. 1	Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose

AFR/RC53/RT/1	Le rôle des services de laboratoire dans la prestation de soins de santé de qualité
AFR/RC53/RT/2	Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence
AFR/RC53/RT/3	Secours d'urgence et action humanitaire : Améliorer l'efficacité des interventions de santé
AFR/RC53/14	Évaluation de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 – Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire
AFR/RC53/15	Qualifications et sélection du Directeur régional
AFR/RC53/16	Rapport des Tables rondes
AFR/RC53/17	Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional
AFR/RC53/18	Rapport final du Comité régional
AFR/RC53/19	Liste des participants
AFR/RC53/20	Décisions de procédure
Décision 1	Constitution du Sous-comité des Désignations
Décision 2	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des Pouvoirs
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la cinquante-quatrième session du Comité régional
Décision 7	Ordre du jour de la cent-treizième session du Conseil exécutif
Décision 8	Méthode de travail et durée de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

Décision 9	Choix des sujets des Tables rondes de 2004
Décision 10	Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième 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 du partenariat pour Faire reculer le paludisme
Décision 13	Qualifications et sélection du Directeur régional
AFR/RC52/R1	Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
AFR/RC53/R2	Renforcement du rôle des hôpitaux dans les systèmes nationaux de santé de la Région africaine
AFR/RC53/R3	Lutte contre les traumatismes dans la Région africaine : Situation actuelle et plan d'action
AFR/RC53/R4	Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC53/R5	Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC53/R6	Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose
AFR/RC53/R7	Motion de remerciements
AFR/RC53/SCC/1	Rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
AFR/RC53/Conf.Doc./1	Allocution de bienvenue du Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé d'Afrique du Sud

- AFR/RC53/Conf.Doc./2 Allocution du Professeur Jean Rasamindrakotroka Andry,
Ministre de la Santé de la République de Madagascar,
Vice-Président de la cinquante-deuxième session du Comité
régional
- AFR/RC53/Conf.Doc./3 Allocution de Son Excellence l'Ambassadeur Mahamat H.
Doutoum, Commissaire par intérim aux Affaires sociales et
à la Coopération afro-arabe de l'Union africaine
- AFR/RC53/Conf.Doc./4-5 Allocution du Dr Lee Jong-Wook, Directeur général de
l'Organisation mondiale de la Santé
- AFR/RC53/Conf.Doc./6 Allocution d'ouverture de M. Mosiuoa Lekota, Ministre de la
Défense de la République d'Afrique du Sud
- AFR/RC53/INFO/01 Bulletin d'information de la République d'Afrique du Sud