



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC52/19  
11 octobre 2002

Cinquante-deuxième session  
Harare, Zimbabwe, 8-12 octobre 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RAPPORT DU COMITE REGIONAL

SOMMAIRE

**PARTIE I : DECISIONS DE PROCEDURES ET RESOLUTIONS**  
(Distribuées séparément)

**PARTIE II : RAPPORT DU COMITE REGIONAL**

	<b>Paragraphes</b>
CEREMONIE D'OUVERTURE .....	1 - 31
ORGANISATION DES TRAVAUX .....	32 - 38
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL 2000-2001 (document AFR/RC52/2) .....	39 - 135
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE (documents AFR/RC52/4, AFR/RC52/5 et AFR/RC52/6) .....	136 - 151
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC52/8) .....	152 - 228
TABLES RONDES (documents AFR/RC52/RT/1, AFR/RC52/RT/2, AFR/RC52/RT/3) .....	229 - 231
CHOIX DES SUJETS DES TABLES RONDES EN 2003 (document AFR/RC52/15) .....	232 - 233
DESIGNATION DES PRESIDENTS ET DES PRISIDENTS SUPPLEANTS DES TABLES RONDES DE 2003 (document AFR/RC52/16) .....	234
DATES ET LIEUX DE LA CINQUANTE-TROISIEME ET DE LA CINQUANTE- QUATRIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/17) .....	235 - 238
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC52/19) .....	239
CLOTURE DE LA CINQUANTE-DEUXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL .....	240 - 251



## CEREMONIE D'OUVERTURE

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

7. Le Représentant du Secrétaire général de l'Union africaine (UA), l'Ambassadeur Mahamat H. Doutoum, a remercié le Président, le Gouvernement et le peuple du Zimbabwe pour avoir bien voulu accueillir la session du Comité régional de l'OMS. Il a également salué l'excellent travail accompli par le Directeur régional qui a renforcé le rôle du Bureau régional dans la recherche de solutions aux problèmes sanitaires de la Région.
8. Il a rappelé que l'OMS était la première institution des Nations Unies à avoir signé un accord de coopération avec l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en 1969. L'OUA s'occupait essentiellement des activités de plaidoyer et de la sensibilisation des responsables de l'élaboration des politiques à l'importance de la santé dans le développement socio-économique tandis que le rôle de l'OMS consistait surtout à apporter un appui aux Etats Membres pour la mise en oeuvre des politiques et plans nationaux de santé.
9. L'Ambassadeur Doutoum a déclaré que la transition de l'OUA à l'Union Africaine se poursuit encore. Il a assuré les délégués que le mandat de l'Union Africaine, qui consiste à promouvoir le développement politique et socio-économique de l'Afrique, a été renforcé. Aussi, l'Union Africaine s'attachera-t-elle à capitaliser les résultats obtenus par l'OUA au cours des 39 dernières années.
10. En conclusion, l'Ambassadeur Doutoum a proposé que le Bureau régional de l'OMS crée un bureau auprès de l'Union Africaine qui serait essentiellement chargé de la coopération entre les deux organisations. Ce bureau travaillerait en collaboration avec le Bureau de liaison de l'OMS pour l'Union Africaine et la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) à Addis Abeba. Il permettrait d'accélérer les communications, de même que la collecte et les échanges d'information sur les problèmes sanitaires urgents, et de faciliter le partage d'information en vue des négociations internationales concernant la santé (*le texte intégral de son allocution figure à l'Annexe ...*).
11. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Ebrahim M. Samba, a rappelé aux délégués que lors de la quarante-huitième session du Comité régional, Son Excellence le Président Mugabe avait proclamé le Dr Brundtland "Soeur honoraire" de l'Afrique. Il a réitéré que les résultats obtenus par le Directeur Général de l'OMS dépassaient largement les espérances des Etats Membres de la Région africaine. Le Dr Samba a regretté que cette session soit la dernière à laquelle assistait le Dr Brundtland et lui a souhaité ses vœux les meilleurs pour l'avenir.
12. Le Directeur général de l'OMS, le Dr Gro Harlem Brundtland, a remercié le Président et le Gouvernement du Zimbabwe pour avoir accepté d'accueillir la cinquante-deuxième session du Comité régional.

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

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

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

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

17. Elle a fait savoir que de nouveaux partenariats avaient été établis pour la mise au point de médicaments permettant de soigner des maladies négligées et que les mesures de sauvegarde prévues par l'accord ADPIC avaient été renforcées à la réunion de Doha. Elle a estimé qu'aucun accord commercial ne devrait priver de médicaments indispensables les personnes qui en ont besoin, quels que soient l'endroit où ils vivent et leur solvabilité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

31. Le Président a invité les honorables ministres à se soustraire quelque peu à leur emploi du temps chargé pour visiter le pays et admirer certains de ses sites touristiques. Il a souhaité aux délégués des délibérations fructueuses et un agréable séjour au Zimbabwe. Sur ce, il a déclaré la Cinquante-deuxième session du Comité régional ouverte. (*pour le texte intégral de son allocution, voir Annexe ...*).

## **ORGANISATION DES TRAVAUX**

### **Constitution du Sous-Comité des Désignations**

32. M. Burci (Conseiller juridique au siège de l'OMS) a fait observer qu'aucun des membres du bureau élus à la cinquante-unième session du Comité régional n'était présent à l'ouverture de la présente session. Le Règlement intérieur du Comité ne prévoit aucune disposition relative à un tel cas de figure. Toutefois, il stipule que dans des circonstances particulières, les articles pertinents du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé s'appliquent. L'article 30 du Règlement intérieur de l'Assemblée stipule que le Directeur général ouvre la session de ladite Assemblée en l'absence des membres de son bureau. Par analogie aux dispositions de cet article, il revient au Directeur régional de l'OMS de présider la session du Comité jusqu'à l'élection de son bureau.

33. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des Etats Membres suivants: Burundi, Congo, Erythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Maurice, Namibie Afrique du Sud et Ouganda. Le Sous-Comité s'est réuni à 11h30 le mardi 8 octobre 2002 et a élu Rapporteur le Dr M. Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de l'Afrique du Sud.

### **Election du Président, des Vices-Présidents et des Rapporteurs**

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

**Président :** M. Urbain Olanguena Awono, Ministre de la Santé, Cameroun

**1<sup>er</sup> Vice-Président :** Professeur Andry Rasamindrakotroka, Ministre de la Santé, Madagascar

**2<sup>ème</sup> Vice-Président :** Dr N. Bartee  
Chef de délégation  
Libéria

**Rapporteurs :** **Français**  
Mme A. Halimatou Ousseini  
Secrétaire d'Etat, Ministre de la Santé  
Niger

**Anglais**  
M. Phooko  
Ministre de la Santé  
Lesotho

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

### **Adoption de l'ordre du jour**

35. Le Président de la cinquante-deuxième session du Comité régional, M. Urbain Olanguena Awono, Ministre de la Santé du Cameroun, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC52/1 Rév. 1) et le programme de travail (document AFR/RC52/1 Rév. 2, Add. 1) qui ont été adoptés sans amendement. (*Pour le texte intégral, voir annexe...*). Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant: 9h00-12h30 et 14h00-17h00, pauses-café comprises.

### **Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Développement et direction d'ensemble des programmes

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

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

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

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

i) Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

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

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

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

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

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

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

52. Il a ajouté qu'afin de renforcer les bureaux pays de l'OMS, des recrutements du personnel technique de base ont été effectués pour étoffer les équipes- pays; les représentants de l'OMS et les chefs des bureaux de liaison avaient été formés dans le domaine du leadership et de la gestion stratégique; des ateliers et des retraites ont été organisés pour permettre aux personnels des bureaux-pays de procéder à des échanges mutuels portant sur les meilleures pratiques; deux Réunions régionales du programme ont été organisées avec les Représentants de l'OMS et les chefs des bureaux de liaison pour examiner la mise en œuvre du Budget Programme; plus de pouvoirs ont été délégués aux représentants de l'OMS, notamment en matière de gestion des ressources. Enfin, la stratégie de coopération avec les pays a démarré dans sept Etats Membres afin que la coopération de l'OMS réponde davantage aux besoins spécifiques des pays et que les partenariats soient renforcés pour atteindre les objectifs nationaux de développement sanitaire.

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

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

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

56. Le Dr Sambo a salué l'engagement ferme dont les Etats Membres ont fait preuve par rapport aux initiatives internationales visant à répondre aux priorités tant mondiales que régionales telles que l'initiative "Faire reculer le paludisme", les "Journées Nationales de Vaccination", "la Stratégie DOTS" (traitement de courte durée sous observation directe), et la "Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant" (PCIME). Cet engagement a énormément contribué au renforcement du partenariat entre l'OMS et les autres acteurs du développement sanitaire, et facilité la mobilisation des fonds provenant d'autres sources tant au niveau régional que national.

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

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

- a) la nécessité d'intensifier et d'élargir le plaidoyer en faveur de la réduction de la pauvreté, et, d'appuyer fermement le secteur de la santé afin de renforcer son avantage comparatif en tant que point d'entrée véritable pour le développement socio-économique ainsi que la nécessité d'un engagement vis-à-vis des objectifs de développement pour le millénaire et pour le NEPAD;
- b) la nécessité d'accroître le financement du secteur de la santé en vue de s'adapter à une demande de plus en plus accrue des services de soins de santé, du fait de la charge croissante de morbidité des maladies et des pathologies liées à la pauvreté;
- c) la nécessité d'entreprendre des réformes du secteur de la santé faisant appel à une approche créative et participative, fondée sur des bases factuelles;

- d) la nécessité de motiver et de retenir les personnels de santé afin de réduire l'exode des cadres les plus qualifiés.

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

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

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

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

63. Les délégués ont fait observer que la bureaucratie liée aux modalités d'accès au Fonds mondial retardait la disponibilité des fonds au niveau des pays. Ils ont demandé au Directeur Général d'intervenir à cet effet.

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

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

## **Développement des systèmes et services de santé**

66. Le Dr R. Chatora, Directeur de la Division Développement des systèmes et services de santé, a présenté cette section du rapport.

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

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

69. Le Dr Chatora a indiqué qu'au titre du domaine d'activité Politiques des Médicaments essentiels, des lignes directrices pour la gestion des médicaments au niveau des centres de santé, le traitement des morsures de serpents et l'inspection des établissements pharmaceutiques ont été élaborés; la finalisation des documents de politique nationale du médicament dans quatre pays. Une stratégie régionale relative à la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, ainsi que des protocoles génériques pour l'évaluation des remèdes traditionnels, ont été élaborés. Enfin une réunion relative aux Accords portant sur les Droits de Propriété Intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC) à été organisée pour les pays anglophones.

70. Il a signalé que le domaine d'activité "Organisation des services de santé" (OSD) a contribué à l'élaboration et l'adoption de la "Politique de la Santé pour Tous au vingt et unième siècle : Agenda 2020". Il a fourni un appui pour l'élaboration des politiques nationales de santé dans 24 pays, dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Plusieurs pays ont été soutenus dans l'évaluation de l'opérationnalité de leurs systèmes de santé de district. Un nouveau cadre conceptuel pour l'Initiative de Bamako a été formulé; 10 pays ont eu leurs systèmes d'information sanitaire renforcés; les compétences en méthodologie de la recherche dans le domaine des systèmes de santé dans huit pays ont été améliorées; 47 gestionnaires de Bibliothèques bleues ont été formés; des orientations pour l'évaluation des programmes de formation en sciences de la santé ont été élaborées et testées; un plan à moyen terme (2002-2006) pour le développement des ressources humaines pour la santé à l'intention des pays de langue portugaise de la

Région a été développé; 556 bourses ont été octroyées aux Etats Membres; des études ont été initiées sur la migration des personnels de santé qualifiés dans six pays.

71. Enfin, le Dr Chatora a informé le Comité que diverses stratégies sont en cours de mise en oeuvre par le Bureau régional pour renforcer la capacité des systèmes de santé des Etats Membres à assurer des prestations de services de santé de haute qualité; à améliorer l'accès des populations aux médicaments essentiels, aux produits sanguins de bonne qualité et à des technologies de soins de santé.

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

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

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

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

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

77. La performance des systèmes de santé, dans le contexte de l'Initiative de Bamako, a été considérée comme étant d'une importance cruciale pour la prestation des soins de santé au niveau des districts. Les pays ont demandé à être davantage appuyés pour mener à bien les processus de décentralisation et de mobilisation des ressources. Ils ont rappelé que les programmes d'ajustement structurel des années 80 ont alourdi le fardeau des dépenses de santé pour les populations. Les délégués ont sollicité le concours de l'OMS pour la mise en place des mécanismes viables pour le financement des soins de santé.

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

#### **Lutte contre les maladies transmissibles**

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

80. Il a informé le Comité que la Division avait quatre domaines d'activité dans la période biennale faisant l'objet du présent rapport : Surveillance des maladies transmissibles; Maladies transmissibles : prévention et lutte; Maladies transmissibles : éradication et élimination; Maladies transmissibles : recherche et développement.

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

82. Les réalisations dans le domaine d'activité "Maladies transmissibles: Prévention et lutte", comprenaient l'appui apporté à : treize pays pour collecter des données préliminaires sur l'initiative "Faire reculer le paludisme"; vingt-sept pays d'endémicité pour promouvoir la prise en charge correcte des cas de paludisme; vingt-six pays pour promouvoir les interventions à assise communautaire; six pays pour introduire avec succès la nouvelle initiative de lutte conjointe contre la tuberculose et le VIH/SIDA; dix pays pour renforcer les services de soins à domicile contre le VIH/SIDA; trente pays pour faire passer l'accès à la thérapie DOTS contre la tuberculose de 70 % en l'an 2000 à 86 % en l'an 2001; vingt-trois pays pour des cours standard de formation en matière de gestion de niveau intermédiaire. De plus, trente-trois pays ont bénéficié de fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), et la couverture régionale du DTC3 est passée de 50 % en 1989 à 59 % en 2001. Le Dr Kabore a informé le Comité que des plans étaient en cours pour améliorer la mise en oeuvre, la supervision, la surveillance et l'évaluation des activités de l'initiative "Faire reculer le paludisme"; pour accélérer la couverture du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS) dans tous les pays; pour élaborer, mettre en oeuvre ou élargir des interventions appropriées visant à contenir la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA; pour promouvoir la mise en oeuvre d'un ensemble de prestations des systèmes de santé pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans tous les pays; et pour accélérer les activités d'élimination de la filariose lymphatique dans tous les pays affectés.

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

84. Au nombre des réalisations du domaine d'activité "Maladies transmissibles : recherche et développement" figuraient : la mise en train, dans quatre pays, des études portant sur l'efficacité opérationnelle du traitement de courte durée sous observation directe (DOTS); l'appui financier apporté à dix-sept pays en vue des activités de recherche opérationnelle relatives à l'initiative "Faire reculer le

paludisme"; l'appui apporté à quinze pays pour conduire des études sur l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques; le soutien apporté à quatorze pays en vue de l'analyse économique de l'impact du paludisme; l'appui fourni à 10 pays en vue de conduire des études pilotes relatives à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA; la diffusion dans les pays des résultats de la recherche opérationnelle sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Le Dr Kabore a informé le Comité que des préparatifs étaient en cours pour : tirer profit des nouvelles technologies et assurer leur promotion pour la lutte contre la maladie; identifier et adapter les remèdes traditionnels appropriés qui pourraient être utilisés dans les systèmes de santé existants.

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

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

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

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

#### **Lutte contre les maladies non transmissibles**

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

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

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

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

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

94. Les réalisations obtenues dans le domaine d'activité "Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation", étaient notamment : l'organisation de deux réunions sous-régionales en vue du lancement de l'initiative "Vision 2020" pour la prévention de la cécité; la formation en matière de gestion des programmes communautaires de réadaptation; l'appui fourni à quatre pays en vue de l'intégration des victimes des mines antipersonnel dans les programmes communautaires de réadaptation; l'analyse de la situation effectuée dans huit pays sur les handicaps. Une importance plus grande sera accordée, à l'avenir, à la prévention de la violence et des traumatismes. Un document régional sera élaboré et soumis au Comité régional sur le sujet en 2003.

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

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

97. Des délégués ont évoqué la transition épidémiologique en cours dans leur pays : les maladies transmissibles autrefois prédominantes cèdent la place aux maladies non transmissibles. La prise en considération du coût élevé du traitement des maladies non transmissibles a incité à la mise au point d'outils ayant un bon rapport coût/efficacité dans le domaine de la prévention et de la promotion. Les délégués ont souligné le déséquilibre en terme d'intérêt et d'allocation de ressources entre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Le Comité a relevé que la drépanocytose n'avait pas été mentionnée, bien qu'elle soit un grave problème de santé publique dans de nombreux pays de la Région. Le risque de transmission du VIH par transfusion sanguine lors du traitement des sujets malades de SIDA a été mis en relief. Le Comité a par ailleurs instamment demandé que l'accent soit davantage mis sur la prévention de la cécité et sur la normalisation du diagnostic et du traitement des cancers.

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

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

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

### **Santé de la famille et santé génésique**

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

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

103. Les réalisations dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent comprenaient: la finalisation de l'outil d'évaluation en matière de prise en charge et de soins des nouveau-nés, et son application au niveau de 18 centres de santé dans sept pays; la formation interpays dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des abus sexuels contre les enfants dans 28 pays; l'appui pour la mise en œuvre de l'approche de la santé infantile fondée sur les droits de l'enfant dans cinq pays; l'élaboration de la stratégie régionale pour la santé de l'adolescent et son adoption par la cinquante et unième session du Comité régional; la tenue d'une consultation régionale sur les services de santé amis des adolescents, et la mise en place de ces services dans quatre pays. Le Dr Oluwole a indiqué que des plans étaient en cours d'élaboration pour promouvoir la prestation de soins de qualité et la prise en charge des nouveau-nés au niveau des pays, et pour renforcer la collaboration multidisciplinaire et multisectorielle en faveur de la santé des adolescents aux niveaux régional et national.

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

105. Les principales réalisations dans le domaine d'activité "Pour une grossesse à moindre risque" (MPS) comprenaient : l'évaluation des disponibilités en soins obstétricaux d'urgence dans quatre pays; la formation aux techniques essentielles pour sauver la vie dans trois pays; l'amélioration des services obstétricaux grâce à la fourniture d'équipements et de matériels essentiels; le renforcement des systèmes d'orientation-recours dans les cinq pays visés par l'initiative; la révision des outils IMPAC; la contribution à l'Exposition africaine sur la santé axée sur la réduction de la mortalité maternelle; et la mise au point de l'instrument de plaidoyer « REDUCE » pour la mobilisation des ressources en vue de la réduction de la mortalité maternelle. Le Dr Oluwole a signalé au Comité qu'il était prévu, dans le cadre de ce domaine d'activité, de renforcer la capacité des Etats Membres à dispenser des soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, de donner plus d'ampleur à

l'élaboration et à l'utilisation de l'instrument de plaidoyer « REDUCE » en vue de la réduction de la mortalité maternelle et de développer la composante communautaire de l'initiative "Pour une grossesse à moindre risque" afin d'accélérer le recul de la mortalité maternelle.

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

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

108. La faible couverture des soins obstétricaux essentiels et d'urgence, notamment en milieu rural, a été déplorée de même que l'utilisation des contraceptifs pour réduire la mortalité maternelle. Il a été demandé à l'OMS d'aider à développer les compétences à cet égard, et à fournir les matériels nécessaires dans le domaine de la planification familiale.

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

### **Milieus favorables à la santé et développement durable**

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

111. Elle a indiqué que sa division recouvrait quatre domaines d'activité: "Santé et Développement Durable", "Santé et Environnement", "Salubrité des aliments" et "Situations d'Urgence et Action Humanitaire".

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

113. En ce qui concerne le domaine d'activité "Protection de l'environnement humain", les réalisations ont été les suivantes : publication de deux documents intitulés "Evaluation régionale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement 2000 : Directives EHIA" et "Cartographie des risques pour la santé liés à l'environnement"; l'appui fourni aux pays pour mettre en oeuvre l'approche "Milieux favorables à la santé"; la mise en place de projets pilotes pour la médecine du travail dans le secteur informel; la mise en oeuvre de l'approche Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement ( PHAST ); l'organisation d'une conférence sur la sécurité chimique. Mme Anikpo-Mtame a ajouté que l'élaboration d'une stratégie régionale pour la santé et l'environnement, ainsi qu'un appui aux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques de santé et de l'environnement, en partenariat avec d'autres institutions impliquées dans le développement, figuraient au nombre des actions planifiées pour le futur.

114. Au titre du domaine d'activité "Salubrité des aliments", un appui a été apporté aux Etats Membres pour évaluer l'impact des additifs alimentaires et participer au Codex Alimentarius. Mme Anikpo-Ntame a informé le Comité que la Division collaborera avec les responsables nationaux pour améliorer la prise de conscience sur la salubrité des aliments et la capacité d'assurer celle-ci; pour élaborer une approche visant à assurer la surveillance des maladies transmises par les aliments, et pour

élaborer des modules de formation sur le conditionnement des aliments dans de bonnes conditions de sécurité, à l'intention des vendeurs d'aliments.

115. Mme Anikpo-Ntame a signalé qu'au nombre des réalisations du domaine d'activité "Situations d'urgence et aide humanitaire", figuraient : la formation des points focaux dans 43 pays dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours; l'appui fourni aux pays pour procéder à l'évaluation de leur vulnérabilité aux situations d'urgence; et l'élaboration d'un paquet minimum de mesures pour faire face aux situations d'urgence. Ce domaine d'activité soutiendra les Etats Membres pour leur permettre de : mettre en place des services pour faire face aux situations d'urgence et à l'aide humanitaire là où ceux-ci n'existent pas, renforcer leurs capacités de réponse aux situations d'urgence; améliorer les échanges d'informations avec les partenaires, et mieux coordonner l'aide humanitaire suite à l'appel consolidé au niveau national. Par ce domaine d'activité aussi, le Secrétariat apportera le support pour la gestion des opérations transfrontalières en cas de situations d'urgence, et assurera le renforcement des capacités en matière de leadership des bureaux-pays de l'OMS pour leur permettre de mieux coordonner les aspects sanitaires des situations d'urgence.

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

117. Le Comité a demandé à l'OMS de jouer un rôle de chef de file pour définir une approche multisectorielle de la réduction de la pauvreté dans ses rapports avec la santé et pour coordonner l'action des partenaires. Reconnaissant que l'agriculture est un moyen important de faire reculer la pauvreté, des délégués ont exprimé des préoccupations au sujet des subventions versées au secteur agricole par les pays développés et qui entravent les efforts déployés par l'Afrique pour sortir de la pauvreté. Des délégués ont également recommandé que les Ministres de la Santé jouent un rôle de chefs de file dans le domaine de la salubrité des aliments et que l'OMS aide les pays à formuler un cadre réglementaire.

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

## Administration et finances

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

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

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

122. En ce qui concerne le domaine d'activité Développement des ressources humaines, figuraient les réalisations suivantes : la révision de la structure organisationnelle de l'unité chargée du développement des ressources humaines (HRS) pour mieux définir ses tâches et ses responsabilités; l'informatisation et l'automatisation des fonctions de l'unité; rationalisation des pratiques et des procédures; et l'amélioration de la communication entre le Bureau régional et les bureaux-pays de l'OMS. Mr Chandra a informé le comité que des modules d'information pour les personnels nouvellement recrutés et des lignes directrices pour la création de nouveaux postes et le recrutement du personnel sont en cours d'élaboration. La mise au point d'une politique régionale de rotation et de développement du personnel et la stratégie de formation sont aussi sur le point d'être finalisée. Enfin l'unité poursuit son programme de formation par l'organisation des ateliers d'information pour le personnel technique et le personnel administratif des bureaux de l'OMS dans le pays.

123. M. Chandra a énuméré les réalisations du domaine d'activité "Service des finances" et au nombre desquelles figuraient : l'envoi accéléré de fonds au bureau-pays de l'OMS et au personnel grâce à un système de paiement automatisé et aux opérations bancaires par voie électronique; la gestion efficace des comptes d'affectation temporaire des bureaux de pays; le renforcement des contrôles internes pour sauvegarder les avoirs financiers de l'Organisation; la surveillance des programmes pour assurer un taux de mise en oeuvre de 100 %; le renforcement de l'appui aux principaux programmes bénéficiant des fonds provenant d'autres sources, par exemple les programmes de lutte contre la poliomyélite et paludisme; et la préparation à temps du Budget

Programme 2002-2003. Il a informé le Comité qu'à l'avenir, ce domaine d'activité a prévu de renforcer davantage l'appui financier et budgétaire accordé aux divisions techniques et au bureau-pays de l'OMS dans les pays et d'améliorer la surveillance des dépenses locales.

124. Au nombre des principales réalisations du domaine d'activité "Services Informatique et Infrastructure", figuraient : l'amélioration de l'allocation des espaces réservés au bureau à Harare; le suivi de la réhabilitation des locaux du Bureau régional à Brazzaville et la coordination de la logistique pour le retour du Bureau régional dans cette ville; le succès des négociations visant à garantir des économies sur les contrats avec les lignes aériennes; l'amélioration du soutien technologique et de l'information au Bureau régional et aux bureaux de l'OMS dans les pays; la mise en place de réseaux de communication à Brazzaville; la livraison en temps opportun des fournitures et matériels commandés par les pays et les programmes régionaux et l'amélioration de la gestion des inventaires. M Chandra a indiqué qu'à l'avenir ce domaine d'activité serait tenu de : continuer à maximiser le bon rapport coût-efficacité des voyages ainsi que les coûts d'entretien/dépenses de fonctionnement; d'assurer le fonctionnement optimal des réseaux et des installations de télécommunication du Bureau régional; et d'acheter les fournitures et matériels au meilleur prix possible.

125. Le Comité a noté avec satisfaction que l'information et la communication avaient retenu l'attention voulue dans le rapport car il était, en effet, difficile d'atteindre par moments le Bureau régional.

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

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

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

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

130. Expliquant l'Initiative axée sur les pays, le Directeur Général a fait remarquer que ladite initiative a pour objectif l'amélioration des capacités des bureaux-pays de l'OMS afin qu'ils répondent de manière satisfaisante aux besoins des Etats Membres.

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

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

133. Elle a informé le Comité que le Rapport sur la santé dans le monde 2002 privilégierait la promotion de la santé et la prévention et qu'il avait pour thème « Les risques pour la santé ».

134. S'agissant du Fonds mondial, le Directeur Général a fait observer qu'il en est encore à ses débuts, ayant été mis en place il y a seulement dix-huit mois. Elle a indiqué qu'elle partageait les préoccupations des délégués et leur a fait savoir qu'il est à espérer des décaissements après la rencontre avec les représentants du fonds prévue pour cette semaine.

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

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

136. 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 les documents et à donner des orientations sur: i) les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des diverses résolutions d'intérêt pour la Région africaine adoptées par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-neuvième session du Conseil exécutif; ii) les implications régionales des ordres du jour de la cent-onzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé; et iii) la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

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

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

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

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

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

140. S'agissant de la résolution sur la santé mentale (EB 109.R8), le Comité a proposé qu'au lieu de citer des pays spécifiques, il conviendrait de faire plutôt mention des "pays se trouvant dans des situations d'urgence, y compris les pays frontaliers". En outre, l'OMS devrait désigner des points focaux dans les pays concernés. En ce qui concerne les futurs ateliers de formation, il a été proposé qu'ils soient organisés par groupes de pays (par exemple, groupement géographique ou linguistique).

141. S'agissant de la résolution Santé et développement durable (WHA55.11), il a été proposé que l'OMS appuie les pays, notamment ceux qui ont déjà formulé des stratégies et des programmes spécifiques sur les systèmes d'information sanitaire nationaux. Le Comité a également proposé que l'OMS fournisse un appui aux pays pour la mise en oeuvre des documents de la stratégie pour la réduction de la pauvreté grâce à la participation d'autres partenaires. Il a recommandé que l'OMS aide les Etats Membres à organiser des activités de mobilisation des ressources pour des stratégies de développement à long terme.

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

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

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

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

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

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

- Déclaration du Millénaire des Nations Unies
- VIH/SIDA
- Performance des systèmes de santé
- Violence et santé
- Recherche en santé

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

148. En ce qui concerne l'ordre du jour provisoire de la cent-onzième session du Conseil exécutif, le Comité a proposé d'ajouter au point 4.2 "le suivi de l'initiative Faire reculer le paludisme" et d'inclure un point distinct 4.11 sur la nutrition. S'agissant de l'ordre du jour proposé pour la cinquante-troisième session du Comité régional, les délégués ont proposés d'inclure parmi les questions à examiner: la primauté à accorder aux problèmes de l'enfant, notamment dans des circonstances difficiles; le VIH/SIDA et l'allaitement maternel; l'action humanitaire dans les situations d'urgence; la production de médicaments dans la Région; la Table ronde sur les services de laboratoires de référence; le développement des ressources humaines; la migration internationale des personnels de santé; et la définition du rôle des différents partenaires engagés dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

155. Le Professeur Jeanne Diarra-Nama, Président du Sous-Comité du Programme a fait savoir au Comité régional que le Sous-Comité avait examiné deux projets de documents, à savoir : AFR/RC52/3 et PPB/2004-2005. Elle a expliqué que si le premier document intitulé " Budget Programme 2004-2004" constitue la contribution de la Région africaine au Budget-Programme de l'OMS pour "une seule OMS", le deuxième est un document mondial qui présente la politique et le budget pour "une seule OMS" ainsi que les orientations stratégiques pour 2004-2005 par domaine d'activité. Elle a souligné que ce Budget Programme était plus stratégique et accordait plus d'importance aux Etats Membres que les budgets précédents .

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

157. Elle a indiqué que le Sous-Comité avait pris note de la décision du Directeur Général de transférer US \$5 millions du budget ordinaire mondial, US \$24 millions du total des fonds prévus pour tous les domaines d'activité au niveau des pays, et US \$37,5 millions des fonds provenant

d'autres sources pour renforcer le domaine d'activité "Présence de l'OMS dans les pays" des 191 Etats Membres. Au nom des membres du Sous-Comité, elle a prié le Comité régional d'approuver la décision du Directeur Général de créer un nouveau domaine d'activité "Présence de l'OMS dans les pays" et d'y transférer les fonds.

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

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

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

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

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

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

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

165. En ce qui concerne le domaine Présence de l'OMS dans les pays, le Secrétariat a souligné le fait que la création de ce domaine visait à renforcer les capacités techniques des bureaux de l'OMS dans

les pays afin de répondre convenablement aux besoins des Etats Membres. Il a expliqué en outre que, comme indiqué dans le document AFR/RC52/3, ce domaine d'activité couvre les dépenses de personnel et les autres dépenses de fonctionnement des bureaux de l'OMS dans les pays, lesquelles ne doivent pas normalement dépasser 40 % de l'allocation budgétaire totale accordée aux pays.

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

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

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

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

169. Le Président a informé le Comité régional que le but de ce document était d'accélérer la mise en oeuvre des activités du Programme élargi de vaccination (PEV) dans la Région africaine afin d'améliorer la santé des enfants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SANTE ET ENVIRONNEMENT: UNE STRATEGIE POUR LA REGION AFRICAINE**  
(document AFR/RC52/10)

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

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

184. Le Dr TesfaSellasié a informé les délégués que, dans le cadre des efforts déployés pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé qui sont nombreux et complexes, le Sous-Comité a proposé que le secteur de la santé mette en oeuvre des interventions prioritaires telles que la coordination de l'utilisation des ressources dans l'intérêt des populations de la Région, en particulier les plus pauvres et les plus démunis; l'identification des savoir faire autochtones en vue de leur application; l'utilisation des approches et principes directeurs qui ont fait leurs preuves; l'intégration de la santé et de l'environnement dans les programmes scolaires; l'appui à la recherche portant sur les interventions ayant un bon rapport coût-efficacité; les échanges d'expériences et de savoir faire.

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

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

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

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

189. Le Comité a demandé l'appui de l'OMS dans les domaines suivants : le renforcement de la capacité des Etats Membres à prévenir ou prendre en charge les risques industriels susceptibles de nuire à la santé, y compris celles liées à l'exploitation minière; la dotation des institutions de formation et documents pertinents, mis à jour, sur la santé de l'environnement; le plaidoyer en faveur d'une prise de conscience accrue des rapports entre la santé et l'environnement; la promotion de la recherche sur l'impact des catastrophes écologiques sur la santé et l'utilisation des résultats pour concevoir des interventions appropriées; le plaidoyer en faveur de l'application des normes mondiales en matière d'environnement; l'établissement d'une cartographie des risques auxquels l'environnement expose la santé au niveau de l'ensemble de la Région; enfin, l'élaboration d'une stratégie de préparation et de réponse par rapport aux conséquences des catastrophes naturelles sur la santé (par exemple, les inondations, la sécheresse, les éruptions volcaniques). L'OMS devrait également plaider pour la mobilisation de ressources supplémentaires pour la mise en oeuvre de cette stratégie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

198. Les délégués ont fait les propositions suivantes pour améliorer le document: la multi-causalité de la pauvreté devrait être mieux reflétée; au paragraphe 8, 2<sup>ème</sup> ligne, ajouter "et péri-urbain" après "urbain"; au paragraphe 15 a), 4<sup>ème</sup> ligne, ajouter "finance et planification," au lieu de "etc."; au paragraphe 15 c), 1<sup>ère</sup> ligne, les groupes vulnérables devraient être précisés, par exemple, personnes handicapées, femmes et enfants; au paragraphe 19, ajouter un sous-paragraphe h) sur les enfants et les jeunes; au paragraphe 19 b), 2<sup>ème</sup> ligne, ajouter "sanitaires" avant "interventions"; au paragraphe 23 a), ajouter "ainsi que pour la mise en oeuvre" à la fin de la phrase; et au paragraphe 25 c) le document devra clairement indiquer les dispositions à prendre pour atteindre l'objectif proposé. Le Comité a également suggéré d'inclure dans le document les décisions pertinentes des réunions mondiales telles que celles de Doha et de Monterey ainsi que les questions relatives aux subventions accordées par les gouvernements membres de l'OCDE à leurs secteurs agricoles, qui restreignent l'accès des pays moins avancés aux marchés internationaux des matières premières. Le Comité a, en outre, indiqué que le document devrait examiner les mécanismes permettant d'affecter des ressources tirées de l'allègement de la dette à des interventions sanitaires dans le secteur social.

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

200. Le Comité régional a adopté le document avec ses amendements, ainsi que le projet de résolution AFR/RC52/R4.

**Mise en oeuvre des reformes du secteur de la santé dans la région africaine: améliorer le rôle d'administration générale du gouvernement (document AFR/RC52/12)**

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

202. Il a présenté la structure du document.

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

204. Il a informé les membres du Comité régional que le Sous-Comité du Programme avait fait des suggestions visant à améliorer le document et il les a invités à l'approuver avec ses amendements et à prendre note de sa teneur.

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

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

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

208. Les délégués ont souligné que la décentralisation était un élément important des réformes du secteur de la santé dont la mise en oeuvre concrète exige une délégation de pouvoir pour la prise des décisions, notamment concernant l'utilisation des ressources. S'agissant de la décentralisation des services de santé, des délégués ont noté une amélioration sensible de la fourniture de soins et de médicaments de qualité abordables au niveau du district. De plus, ils ont constaté une amélioration de

la collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour la prestation des services de santé. Aussi le Comité régional a-t-il demandé à l’OMS de renforcer son appui technique aux pays pour la mise en oeuvre du processus de décentralisation.

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

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

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

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

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

214. Le Comité régional a pris note de l’orientation donnée par le document.

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

215. Le Dr André Enzanza a indiqué que ce document a pour but de donner des orientations aux Etats Membres sur des actions prioritaires susceptibles d’entraîner de réels changements positifs sur le développement et la répartition des ressources humaines en vue d’améliorer la prestation de services de santé de base.

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

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

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

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

220. Avant la discussion relative au document mentionné ci-dessus, Mme Ndioro Ndiaye, de l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM), a fait un exposé soulignant la gravité de l'exode des cerveaux en Afrique. Elle a également donné des informations aux délégués sur les programmes gérés par l'OIM pour aider à utiliser les compétences techniques des Africains de la diaspora. Elle a par ailleurs indiqué que son organisation appuie les Etats Membres et aide leurs professionnels qui choisissent de retourner dans leur pays.

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

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

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

- a) La création d'une base de données sur les personnels de santé formés dans les pays de la Région africaine mais qui travaillent actuellement en Europe et en Amérique.
- b) La signature d'accords intergouvernementaux pour la formation des personnels de soins de santé dans la Région.
- c) La mise en place d'un code de bonnes pratiques pour le recrutement des agents de santé.
- d) La mise en place d'un système d'indemnisation des pays pour compenser les coûts liés à la formation des professionnels recrutés.
- e) L'OMS devrait sous-traiter des travaux de recherche sur la migration des agents de santé dans la Région et en présenter les résultats à la prochaine session du Comité régional.
- f) La mise en place d'un ensemble d'incitations financières pour encourager les professionnels africains de la santé formés à l'étranger à retourner dans leur pays. L'acquisition de terres appartenant à l'Etat, l'organisation d'un système de prêts au logement, de prêts pour l'achat de véhicules et d'achats hors-taxes constituent des exemples d'incitations financières appliquées par certains Etats Membres et dont pourraient s'inspirer les gouvernements.
- g) La création d'un fonds régional pour aider les Etats Membres à mettre en place des systèmes d'incitations financières visant à retenir les personnels de santé.
- h) La définition d'indicateurs pertinents pour surveiller les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale pour l'élaboration d'un rapport qui sera soumis à la prochaine session du Comité régional.

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

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

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

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

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

**TABLES RONDES** (documents AFR/RC52/RT/1, AFR/RC52/RT/2, AFR/RC52/RT/3)

**Rapports des tables rondes** (document AFR/RC52/14)

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

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

230. Les Présidents des tables rondes ont présenté leurs rapports respectifs de la manière suivante :

- Dr David Parirenyatwa, Ministre de la Santé et du Bien-Etre de l'Enfant du Zimbabwe, sur la table ronde no.1.
- Dr (Mme) Amina Ndalolo, Ministre de la Santé du Nigéria, sur la table ronde no.2.
- M. Sahanaye Maïna Touka, Ministre de la Santé du Tchad, sur la table ronde no.3.

Les rapports des tables rondes sont annexés au présent rapport (4a, 4b et 4c).

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

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

232. Le Dr Doyin Oluwole du Secrétariat a présenté le document AFR/RC52/15, qui propose deux principaux thèmes pour les tables rondes de la cinquante-troisième session du Comité régional.

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

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

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

234. Le Comité a nommé ci-après les Présidents et leurs suppléants pour les tables rondes de 2003 :

**Table ronde no.1**

Président : Côte d'Ivoire  
Président suppléant : Erythrée

**Table ronde no.2**

Président : Mozambique  
Président suppléant : Ghana.

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

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

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

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

- Disponibilité des locaux, mobiliers et équipement adéquats (y compris le matériel d'interprétation);
- Installations adéquates d'éclairage et de ventilation;
- Disponibilité des services de maintenance, de nettoyages adéquats et autres personnels d'appui;
- Postaux et téléphoniques;
- Prise en charge des logements et des voyages du Secrétariat;
- Affrètement d'un avion pour transporter les membres du Secrétariat, environ 70 personnes, y compris les secrétaires, qui doivent souvent travailler tard dans la nuit;
- Disponibilité des véhicules, dans la ville où se tient la réunion, pour le transport des ministres, du Secrétariat, du matériel, des fournitures et des documents;
- Devise nationale au meilleur taux de change.

238. Le Comité régional a décidé que la cinquante-troisième session du Comité régional se tiendrait en Afrique du Sud du 1<sup>er</sup> au 5 septembre 2003. Le lieu de la cinquante-quatrième session en 2004 sera déterminé à la cinquante-troisième session.

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

239.

#### **CLOTURE DE LA CINQUANTE-DEUXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

##### **Remarques de clôture du Directeur régional**

240-244

##### **Motion de remerciements**

245.

##### **Remarques du Président et clôture de la réunion**

246-251.