



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**

AFR/RC57/15

22 juin 2007

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27–31 août 2007

**SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragraphes</b>
<b>OUVERTURE DE LA RÉUNION</b> .....	1–11
<b>RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES</b> (document AFR/RC57/PSC/3) .....	12–19
<b>SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b> (document AFR/RC57/PSC/4) .....	20–29
<b>LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES</b> (document AFR/RC57/PSC/5) .....	30–42
<b>ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b> (document AFR/RC57/PSC/6) .....	43–53
<b>PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b> (document AFR/RC57/PSC/7) .....	54–62
<b>RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : RÉALITÉS ET OPPORTUNITÉS</b> (document AFR/RC57/PSC/8) .....	63–74

<b>DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES</b> (document AFR/RC57/PSC/9) .....	75–85
<b>TUBERCULOSE ET VIH/SIDA : UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b> (document AFR/RC57/PSC/11) .....	86–94
<b>BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008–2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE</b> (document AFR/RC57/PSC/10) .....	95–108
<b>DÉTERMINANTS SOCIAUX CLÉS DE LA SANTÉ : APPEL EN FAVEUR D'UNE ACTION INTERSECTORIELLE POUR AMÉLIORER LA SITUATION SANITAIRE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b> (document AFR/RC57/PSC/13) .....	109–116
<b>USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES</b> (document AFR/RC57/PSC/14) .....	117–129
<b>SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : PROGRÈS RÉALISÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL INTER- GOUVERNEMENTAL CHARGÉ DE FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉOLUTION WHA59.24</b> (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/1).....	130–139
<b>RAPPORTS D'AUDIT INTERNE ET EXTERNE DE L'OMS : INCIDENCES POUR LA RÉGION AFRICAINE</b> (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2).....	140–144
<b>RÉVISION DE LA COMPOSITION ET DU MANDAT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME</b> (document AFR/RC57/PSC/12) .....	145–150
<b>ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME</b> (document AFR/RC57/PSC/15).....	151

<b>ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITE RÉGIONAL .....</b>	<b>152–153</b>
---	----------------

<b>CLÔTURE DE LA RÉUNION .....</b>	<b>154–157</b>
------------------------------------	----------------

#### **ANNEXES**

	<b>Page</b>
1. Liste des participants .....	29
2. Ordre du jour .....	31
3. Programme de travail .....	32

#### **PROJETS DE RÉOLUTIONS**

**Les projets de résolutions sont joints aux documents auxquels ils se rapportent respectivement.**







## OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo), du 19 au 22 juin 2007.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité.
3. Le Directeur régional a enchaîné en soulignant l'importance du Sous-Comité du Programme qui apporte son expertise dans l'élaboration de stratégies permettant de faire face aux défis de santé publique dans la Région africaine. Il s'est félicité de la contribution du Sous-Comité du Programme en indiquant qu'il était temps de passer de la parole aux actes. Il a souligné le fait que la présente session du Sous-Comité se tenait après l'adoption du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du budget programme 2008-2009 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Ceci permet d'aligner les décisions des organes directeurs sur les attentes des populations et des États Membres de la Région africaine. Il a également informé les participants que la structure organisationnelle du Bureau régional avait été ajustée en tenant compte des exigences de la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme et de la mise en place du système global de gestion. Ce système permettra d'améliorer la gestion budgétaire et financière et contribuera à renforcer la responsabilité, l'efficacité et la transparence.
4. Le Directeur régional a également souligné l'importance de certains points inscrits à l'ordre du jour, notamment : i) la résurgence du choléra qui nécessite une approche multisectorielle; ii) le risque de résurgence de l'onchocercose, du fait de la présence du vecteur dans la Région; et iii) la nécessité de renforcer les systèmes de santé par l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies judicieuses, et de veiller au financement approprié des plans, afin d'intensifier les interventions en faveur de la santé et d'offrir des soins de qualité. Le Directeur régional a également insisté sur la nécessité de réviser le mandat, la durée et la composition du Sous-Comité du Programme pour lui permettre de mieux préparer et d'accélérer les délibérations du Comité régional, d'émettre des avis sur les questions de santé publique présentant un intérêt à l'échelle mondiale et de donner des orientations pertinentes aux États Membres au cours des réunions des organes directeurs.
5. À l'issue de la présentation des membres du Sous-Comité du Programme, des Directeurs de Division et des Conseillers régionaux du Bureau régional, le bureau de la réunion a été constitué ainsi qu'il suit :

Président :	Dr Potougnima Tchamdja (Togo)
Vice-Président :	Dr Sam Zaramba (Ouganda)
Rapporteurs :	Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz (Angola, pour la langue portugaise)
	Pr Khireddine Khelfat (Algérie, pour la langue française)
	Dr André Bernard Valentin (Seychelles, pour la langue anglaise).
6. La liste des participants figure à l'Annexe 1.

7. Le Président, au nom de son pays, a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance placée en lui et a souligné le caractère opportun des sujets à débattre. Il s'est déclaré confiant que le Secrétariat collaborerait avec le Sous-Comité du Programme pour s'assurer que les documents sont examinés et révisés en vue de leur présentation au Comité régional.

8. L'ordre du jour (Annexe 2) et le programme de travail (Annexe 3) ont été examinés.

9. Le Directeur régional a proposé l'examen d'un document d'information relatif au rapport sur les audits interne et externe qui a été présenté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport passe en revue, d'une manière critique, la gestion budgétaire et financière dans la Région africaine de l'OMS. Le document proposé sera présenté au Comité régional pour informer les Ministres de la Santé des questions liées à l'audit. Il donnera également au Comité régional l'occasion d'assurer le suivi des questions relatives à la gestion budgétaire et financière. Il a été proposé d'inclure le document comme point 16 de l'ordre du jour.

10. L'ordre du jour a été adopté avec les amendements mentionnés ci-dessus. L'horaire de travail suivant a ensuite été adopté :

9h00 – 12h30, y compris une pause-café de 30 minutes

12h30 – 14h00, pause-déjeuner

14h00 – 17h00.

11. Des annonces à caractère administratif ont été faites et une séance d'information sur la sécurité a été organisée à l'intention des membres du Sous-Comité du Programme.

### **RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES** (document AFR/RC57/PSC/3)

12. Le Dr A. Yada, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives.»

13. Il ressort de ce document que la Région africaine représente plus de 90 % de tous les cas de choléra notifiés à l'OMS. La situation du choléra ne cesse de s'aggraver depuis le début des années 1990. En 2006, 31 pays ont notifié au total 202 407 cas dont 5259 décès, soit un taux de létalité général de 2,6 %. La stratégie actuelle de lutte contre le choléra dans la Région africaine se manifeste généralement comme une simple réaction, face aux situations d'urgence. Les principaux facteurs de risque du choléra sont la pénurie d'eau potable et les mauvaises conditions d'assainissement. Cependant, le choléra est généralement considéré comme un problème qui ne concerne que le secteur de la santé; par conséquent, les programmes et les activités de lutte contre cette maladie ne sont pas souvent menés dans une approche concertée et multisectorielle.

14. Il est indispensable que les pays reconnaissent la complexité de la lutte contre le choléra et élaborent ou renforcent des programmes multisectoriels nationaux destinés à garantir l'accès universel à une eau de boisson saine et à l'assainissement. Les pays devraient également mettre en place des comités nationaux chargés de coordonner les activités de préparation et de riposte aux épidémies de choléra. Ces comités devraient comprendre des représentants des principaux secteurs (santé, eau, assainissement, pêches, agriculture et éducation) ainsi que des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux. Les plans nationaux de préparation et de riposte



aux épidémies devraient notamment porter sur le renforcement de la surveillance de la maladie, la prise en charge des cas, la promotion de la santé et le pré positionnement de stocks d'urgence pour le diagnostic et le traitement.

15. Le document recommande à l'OMS et aux partenaires de continuer d'aider les pays à renforcer les capacités nationales en leur fournissant des lignes directrices, des protocoles et un appui technique en vue de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de plans de lutte complets contre le choléra et d'autres maladies transmises par l'eau. Le Bureau régional devrait également collaborer avec les partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces plans.

16. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document et ont salué sa pertinence, sa concision et sa clarté. Ils ont fait des commentaires généraux pour améliorer le document. Ils ont demandé que le lien entre le choléra, d'une part, la pauvreté et le développement général, d'autre part, soit mis en exergue et ont souligné la nécessité de traiter des questions portant sur le leadership et la coordination, la mobilisation des ressources, l'urbanisme, l'application appropriée de la réglementation en vigueur, la qualité de l'eau, l'hygiène de base et les mesures préventives de base telles que l'habitude de faire bouillir l'eau et de se laver les mains. Les participants ont noté que la plupart des facteurs qui favorisent la transmission du choléra se situent en dehors du secteur de la santé et appellent donc des actions multisectorielles novatrices et efficaces. Le Sous-Comité du Programme a demandé des éclaircissements sur l'efficacité des vaccins, l'obligation d'un certificat de vaccination contre le choléra pour les voyageurs, et l'utilisation des antibiotiques.

17. Les membres du Sous-Comité du Programme ont également proposé des amendements spécifiques pour améliorer le document :

- a) Dans l'Analyse de la situation, le paragraphe 9 devrait également inclure les questions portant sur le développement, l'habitat anarchique et les faiblesses des administrations locales en ce qui concerne la fourniture des services de base; au paragraphe 11, remplacer «absence» par «insuffisance» ou «inadéquation»; le paragraphe 10 de la version française devrait être libellée de la manière suivante «202 407 cas dont 5259 décès ..... 2,6 % » et la version portugaise devrait également reprendre les mêmes chiffres; le paragraphe 12 devrait être conçu de la manière suivante : «dans l'élaboration de politiques appropriées ... » et inclure des secteurs tels que ceux de l'eau, de la planification et des finances; le paragraphe 14 devrait inclure la pauvreté et le changement de comportements parmi les principaux défis; et le paragraphe 15 devrait mettre l'accent sur l'éducation en matière de santé publique, l'information et la communication.
- b) Dans les Perspectives, le paragraphe 16 devrait inclure la protection des sources d'approvisionnement en eau; et le paragraphe 18 le rôle des administrations locales et des communautés.
- c) Dans la section Rôles et responsabilités, le paragraphe 29 devrait inclure la question du leadership et de l'engagement financier; le paragraphe 30 de la version française devrait être revu.

18. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et leurs suggestions qui seront utilisées pour enrichir et parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Directeur régional a proposé qu'un projet de résolution soit préparé, soulignant la nécessité d'une approche multisectorielle, définissant le rôle du secteur de la santé et devant servir d'outil de plaidoyer pour les gouvernements, l'Union africaine et les partenaires.

19. Le Sous-Comité a recommandé le document tel que modifié et a préconisé qu'un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/1) soit préparé sur le sujet pour soumission au Comité régional pour adoption.

### **SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS** (document AFR/RC57/PSC/4)

20. Le Dr C. N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Sécurité sanitaire des aliments : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS». Le document définit la sécurité sanitaire des aliments, et note que celle-ci constitue une partie intégrante de la sécurité alimentaire et porte sur la protection de l'approvisionnement en aliments contre les risques d'origine microbienne, chimique et physique. Le document souligne la nécessité de tirer le meilleur parti du peu d'aliments disponibles.

21. Dans l'analyse de la situation, il est indiqué que les maladies d'origine alimentaire et hydrique entraînent jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an et le décès de quelque 700 000 personnes, tous âges confondus. Les aliments contaminés ont des conséquences aussi bien sanitaires qu'économiques. Les défis associés à la sécurité sanitaire des aliments en Afrique sont, entre autres, la mauvaise qualité de l'eau et l'insalubrité de l'environnement; la surveillance inadéquate des maladies d'origine alimentaire; l'incapacité des petits et moyens exploitants de produire des aliments sains; l'obsolescence de la réglementation relative aux aliments et l'application inadéquate des lois pertinentes; les capacités limitées en matière de sécurité alimentaire; et l'insuffisance de la collaboration entre les différents acteurs.

22. La section consacrée à la justification affirme que les aliments sont indispensables pour la prospérité, la santé et le bien-être social des individus et des sociétés, et que la sécurité sanitaire des aliments devrait contribuer à réduire la charge des maladies d'origine alimentaire et à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement 1, 4 et 8. Plusieurs lignes directrices et documents de stratégie antérieurs portent sur la sécurité sanitaire des aliments; l'élaboration de la présente stratégie vise donc à mettre à la disposition des États Membres un document d'orientation unique.

23. La stratégie entend contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux aliments contaminés en fournissant une plate-forme pour le plaidoyer en faveur de la sécurité sanitaire des aliments et un cadre pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales sur la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement des capacités et la promotion de la collaboration intersectorielle. Il discute d'un certain nombre de principes directeurs tels que la mise en œuvre de mesures holistiques et complètes, en fonction des risques, la collaboration intersectorielle et la responsabilité individuelle. Au nombre des interventions prioritaires, l'on pourrait citer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, lois et programmes relatifs à la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement des capacités et la promotion de la santé.

24. Le document définit les rôles et responsabilités des gouvernements ainsi que de l'OMS et des partenaires. Après la mention des implications financières et des indicateurs, le document conclut qu'en dépit des nombreux défis associés à la sécurité sanitaire des aliments en Afrique, les États Membres devraient tout mettre en œuvre pour atténuer les effets nocifs des aliments contaminés. Il invite ensuite le Sous-Comité du Programme à examiner et à adopter la stratégie proposée.

25. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré. Ils ont formulé diverses observations d'ordre général pour améliorer le document. Il est nécessaire d'inclure dans le document des questions telles que les aliments génétiquement modifiés, la suralimentation, la sous-alimentation, la malnutrition et l'usage de condiments inappropriés pour la préparation des aliments. Les participants ont fait remarquer que la contamination des aliments est évitable. Il importe de sensibiliser les responsables et les consommateurs sur la sécurité sanitaire des aliments et en particulier sur les pertes économiques qu'entraîne la contamination des aliments. Il existe des méthodes simples pour assurer la sécurité sanitaire des aliments, y compris le fait de se laver les mains.

26. Les membres du Sous-Comité ont proposé d'inclure dans l'analyse de la situation des informations sur les produits frais et congelés importés afin d'éviter l'entrée de produits dont la qualité et la sécurité sanitaire ne sont pas garanties. Ils ont souligné la nécessité de mener des enquêtes pour évaluer les intoxications causées par ces aliments. Bien que le document souligne l'importance des consommateurs, il faudrait également mentionner le rôle déterminant des associations de consommateurs.

27. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction, paragraphe 1 : ajouter *qualité* après le mot *quantité* dans la version française; la préoccupation au sujet de la sécurité sanitaire n'affecte pas tout le monde, il faut donc modifier la phrase en ajoutant «majorité des personnes»; au paragraphe 3, la première phrase de la version française devrait être ainsi conçue : *pour utiliser efficacement le peu d'aliments disponibles*.
- b) dans l'Analyse de la situation, au paragraphe 6 : enlever la référence au DDT; au paragraphe 9, la première phrase devrait être révisée ainsi qu'il suit : «la préparation, la protection, la vente et la consommation de produits alimentaires provenant de la rue dans les endroits inappropriés continuent à augmenter». Les aliments vendus dans la rue sont une source d'alimentation pour les personnes démunies dans les zones urbaines; dans la version française, ajouter le mot *certes* avant *exempts*; aux paragraphes 10 et 11, inclure la liste des pays; ajouter un paragraphe sur les organismes génétiquement modifiés pour rendre compte de la situation actuelle; les paragraphes 13 et 15 se contredisent, il faut donc supprimer l'expression «le faible niveau d'engagement».
- c) dans la Stratégie régionale, section «Interventions prioritaires», à la première phrase du paragraphe 25 de la version française, enlever le mot *analytique* après *compétence* et ajouter *le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sur le marché*; au paragraphe 25, il est nécessaire de mettre en place ou de renforcer des laboratoires nationaux de référence; cette idée devrait être reflétée dans les rôles et les responsabilités de l'OMS.

d) dans la section Rôles et responsabilités, inclure au paragraphe 29 (b) les services d'inspection et la certification des importations et des exportations.

e) Au paragraphe 31, réviser la première phrase en ajoutant les ressources matérielles et humaines.

28. À la demande du Secrétariat, les participants ont procédé à un échange d'expérience sur les organismes chargés de la sécurité des approvisionnements et de la sécurité sanitaire des aliments dans leurs pays respectifs. L'expérience varie légèrement d'un pays à l'autre. D'une manière générale, la sécurité sanitaire incombe au ministère de la santé et la sécurité des aliments au ministère de l'agriculture et de l'élevage. Certains pays ont des organismes qui s'occupent de questions spécifiques telles que la contamination d'origine microbienne ou chimique. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leurs observations et de leurs suggestions. Il a été précisé que les modifications proposées seraient prises en compte lors de la mise en forme définitive du document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a donné des éclaircissements sur les aliments génétiquement modifiés, la sécurité sanitaire des aliments, la sécurité des aliments en produits alimentaires et la nécessité d'une utilisation sans danger de tous les produits chimiques, y compris le DDT, afin d'éviter qu'ils entrent dans la chaîne alimentaire.

29. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/2) à soumettre au Comité régional pour adoption.

### **LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS: SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES** (document AFR/RC57/PSC/5)

30. Le Dr A. Yada, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives».

31. Le document présente l'onchocercose (cécité des rivières) comme une maladie débilitante à transmission vectorielle, provoquée par un parasite (*Onchocerca volvulus*). Cette maladie cause des lésions cutanées prurigineuses aiguës et des lésions oculaires pouvant évoluer vers la cécité. L'onchocercose contribue à la pauvreté qu'elle perpétue, suscite la stigmatisation, limite la productivité agricole, entraîne d'énormes pertes sur le plan économique et impose une charge de morbidité disproportionnée aux communautés rurales défavorisées. En Afrique, 120 millions de personnes demeurent à risque, et 37 millions d'entre elles sont fortement infectées.

32. Le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) a été mis en œuvre entre 1974 et 2002 dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et a atteint l'objectif de l'élimination de cette maladie dans dix d'entre eux (à l'exception de la Sierra Leone, pour cause de conflit civil interne). Après la clôture des activités de l'OCP, l'OMS a créé un centre de surveillance pluripathologique à Ouagadougou pour fournir aux pays un appui en matière de surveillance. En 1995, le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) a été lancé pour combattre cette maladie dans les pays où la stratégie de l'OCP n'avait pas pu être mise en œuvre, pour diverses raisons. L'APOC couvre 19 pays africains.

33. Pour tirer parti des progrès réalisés, une réunion spéciale des partenaires s'est tenue en 2006 au Cameroun pour examiner les recommandations élaborées par un groupe de travail sur l'avenir de la

lutte contre l'onchocercose en Afrique. À l'issue de cet examen, les Ministres de la Santé des pays africains ont adopté la Déclaration de Yaoundé exprimant leur engagement à œuvrer de concert à l'accélération de l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socioéconomique.

34. Le document identifie les obstacles et les défis qui limitent l'accès et la qualité des services de lutte dans beaucoup de pays. Au nombre de ces obstacles et défis, l'on pourrait citer les guerres et les conflits civils; le manque d'efficacité des programmes de lutte ; l'insuffisance des personnels de santé; la co-endémicité onchocercose-Loa loa; la durabilité des activités de lutte; les priorités concurrentes; l'insuffisance des ressources financières allouées au titre des budgets nationaux.

35. Selon le document, l'appropriation par les pays, la durabilité des activités de lutte et leur dévolution vers les niveaux inférieurs constituent la clé du succès et de l'efficacité de la lutte contre l'onchocercose. Le document recommande que les pays d'endémie mettent en place des programmes nationaux viables pour lutter contre cette maladie, en fondant ces programmes sur une forte participation communautaire et en utilisant l'approche des soins de santé primaires. Les ministères de la santé et les partenaires des 16 pays cibles devraient accorder une attention particulière aux zones et localités en situation de post-conflit, dans lesquelles les données épidémiologiques font ressortir une hausse de la prévalence de la maladie, l'existence de réservoirs d'infection et de co-endémicité avec la loase.

36. Les pays d'endémie sont encouragés à prendre les mesures préconisées dans la Déclaration de Yaoundé, à affecter chaque année des allocations budgétaires aux activités de lutte, et à continuer d'élaborer et d'appuyer des mécanismes appropriés pour enrayer la transmission transfrontalière. Le document souligne la nécessité, pour tous les pays à risque de recrudescence transfrontalière, de se doter de systèmes de surveillance viables pour faire face aux défis associés à l'onchocercose et à la dynamique de transmission de cette maladie. Il recommande également que le Centre de surveillance pluripathologique continue d'appuyer la mise en place de systèmes de surveillance de l'onchocercose aux niveaux national et régional.

37. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour la pertinence de ce document qui intervient à un moment opportun et qui souligne l'importance de la prévention et de la lutte contre l'onchocercose au sein de la Région. Les risques sont certes plus importants dans les zones en conflit, mais il est nécessaire que les autres pays assurent la viabilité des progrès réalisés par le passé dans la lutte contre cette maladie. Cela demande, de la part des gouvernements, l'engagement accru de prendre en charge le financement des programmes de prévention et de lutte contre l'onchocercose au niveau national, tel que préconisé dans la Déclaration de Yaoundé.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait d'autres observations générales pour améliorer le document. Ils ont exprimé la nécessité d'un résumé d'orientation qui puisse capter l'attention des dirigeants politiques. La lutte contre l'onchocercose devrait être suffisamment présentée comme un problème de développement. Il convient également d'insister sur la transmission transfrontalière de l'infection, tout en intégrant la lutte contre cette maladie dans les soins de santé primaires en veillant au renforcement de la participation communautaire.

39. Les participants ont également noté que les programmes de lutte contre l'onchocercose sont financés en grande partie par les donateurs et que cette situation constitue une sérieuse menace pour la viabilité et la consolidation des progrès accomplis au niveau national. Les pays devraient être

invités à assurer le suivi et à tenir le Comité régional informé de la mise en œuvre de la Déclaration de Yaoundé.

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

- a) Le paragraphe 3 doit donner les raisons pour lesquelles la Sierra Leone n'a pas fait de progrès dans l'élimination de la maladie (guerre/conflit).
- b) Il est nécessaire de définir et de clarifier les rôles et responsabilités.
- c) Le paragraphe 26 devrait se lire : «...et affecter sur une base régulière des allocations budgétaires...»
- d) Au paragraphe 27, la dernière phrase devrait se lire : « ...mettre au point des mesures de contrôle et de suivi... »

41. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a noté qu'au cours des 30 dernières années, le programme de lutte contre l'onchocercose a bénéficié de l'appui des donateurs et que l'engagement des gouvernements sera crucial pour un soutien continu jusqu'en 2015. Compte tenu des effets de cette maladie sur le développement et la réduction de la pauvreté, ainsi que des risques de recrudescence, les gouvernements et les ministères des finances devraient être régulièrement tenus informés afin qu'ils soient sensibilisés à la nécessité de fournir un financement viable en faveur du programme.

42. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/WP/3) à soumettre au Comité régional pour adoption.

### **ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

(document AFR/RC57/PSC/6)

43. Le Dr A. Louazani a présenté le document intitulé «Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS».

44. Le document définit la déficience visuelle comme la basse vision, et la cécité comme la perte partielle ou totale de la vision, mesurée à l'échelle standard. Il indique que la cécité peut être prévenue ou traitée dans 75 % des cas. La cécité constitue un problème de santé publique et socioéconomique réel dans la Région africaine où elle accentue la pauvreté.

45. Une initiative mondiale visant à éliminer la cécité évitable et connue sous le nom de «Vision 2020: le droit à la vue», a été lancée dans la Région africaine en 2000, en partenariat avec l'International Agency for the Prevention of Blindness, pour apporter une réponse appropriée aux défis posés par la cécité. En 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA56.26 qui invite instamment les États Membres à soutenir l'initiative Vision 2020. En 2006,

elle a adopté la résolution WHA59.25 qui réitère la nécessité de prévenir la cécité évitable et la déficience visuelle.

46. Selon le document, plusieurs pays disposent de programmes de lutte contre la cécité, mais l'impact de ces programmes est limité. Sur les 27 millions de déficients visuels d'Afrique subsaharienne, il y a 6,8 millions d'aveugles. La cécité est évitable dans 75 % des cas. Les principales causes de cécité évitable dans les pays en développement sont la cataracte, le glaucome, les opacités cornéennes, le diabète, le trachome affectant surtout les femmes et les enfants, la cécité de l'enfant liée à la carence en vitamine A, à la rougeole et à la conjonctivite du nouveau-né, et l'onchocercose. Le manque d'équipements dans les établissements de soins oculaires ou leur caractère peu fonctionnel, les pénuries de médicaments et d'autres produits essentiels pour les soins oculaires, l'insuffisance des ressources humaines entraînent l'augmentation de l'incidence des maladies causales de la cécité et accentuent la menace pour la santé dans la Région.

47. La stratégie régionale s'attaque à ces causes d'une manière intégrée en fournissant un appui aux États Membres pour les aider à réduire la charge de la cécité évitable. La stratégie entend favoriser la création d'un environnement politique propice à la mise en œuvre de l'initiative Vision 2020; intégrer les services de soins de santé oculaires dans les soins de santé primaires; renforcer le développement des ressources humaines et des infrastructures et technologies appropriées; renforcer les partenariats et la mobilisation des ressources; et soutenir les études sur les interventions communautaires efficaces.

48. Au nombre des interventions prioritaires recommandées, l'on peut citer la création et le renforcement d'un environnement favorable à l'accroissement du plaidoyer et de la sensibilisation; le renforcement de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et plans nationaux; l'intégration des soins oculaires à tous les niveaux des systèmes de soins de santé existants; le renforcement des ressources humaines et des infrastructures; le renforcement des partenariats et de la mobilisation des ressources; et le développement de la recherche opérationnelle.

49. Le document recommande aux États Membres les stratégies de mise en œuvre et définit les rôles et responsabilités des pays, de l'OMS et des partenaires, ainsi que les systèmes de suivi et d'évaluation. Il souligne l'importance du plaidoyer pour sensibiliser les décideurs, les partenaires, les professionnels de la santé et les populations, pour qu'ils soutiennent la mise en œuvre de ces interventions.

50. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document, ont apprécié sa pertinence et son opportunité, et ont fait quelques observations générales pour l'améliorer. Ils ont noté que la majorité des causes sont évitables et qu'il faudrait mettre l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce, particulièrement aux niveaux périphériques en assurant des liens avec des services d'orientation. De plus, le document devrait mettre l'accent sur des mesures préventives telles que se laver la face, utiliser convenablement les antibiotiques au début de l'infection et renforcer les capacités des prestataires de soins oculaires, y compris la clarification de la formation et des qualifications des différentes catégories de personnels. Il importe également de renforcer les systèmes de surveillance, de mener la recherche opérationnelle à tous les niveaux, de régler la question de la vente sans discernement de lunettes et de mettre en place des mécanismes réglementaires.

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

- a) Dans l'Introduction : il faudrait ajouter au paragraphe 5 «pour assurer la formation continue».
- b) Dans l'Analyse de situation : le paragraphe 9 devrait comprendre les principales causes de la cataracte; au paragraphe 14, il faudrait donner la liste des quatre pays.
- c) Dans la section Justification : le paragraphe 17 devrait se lire : «parmi les principaux problèmes de santé publique».
- d) Dans la Stratégie régionale : il faudrait revoir le paragraphe 23 pour y inclure les actions à prendre; au paragraphe 36, il faudrait clarifier le terme chirurgiens de la cataracte, surtout en termes de fonctions et particulièrement lorsque la chirurgie est effectuée par des généralistes ou des infirmiers.
- e) Dans les Rôles et les responsabilités : Il faudrait ajouter au paragraphe 40, le rôle des pays quant aux enquêtes et au renforcement des capacités; au paragraphe 41, ajouter que l'OMS devrait apporter un appui technique aux programmes de formation et mener des enquêtes.

52. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a souligné que la stratégie proposée sera adaptée au contexte spécifique de chaque pays.

53. Le Sous-Comité a recommandé que le document tel qu'amendé soit présenté au Comité régional, pour adoption.

### **PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/PSC/7)**

54. Le Dr Boureima Sambo, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS». Ce document comprend les sections suivantes : introduction, analyse de la situation, objectifs, principes directeurs, approches stratégiques, rôles et responsabilités, suivi et évaluation, et conclusion.

55. Le document définit le diabète comme une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie. Sa prévalence varie entre 1 % et 20 % en Afrique. Le diabète de type 2, qui est la forme la plus courante, est une affection grave, en raison de ses complications, en particulier les atteintes cardiovasculaires. Il constitue un problème de santé publique.

56. En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a soumis la résolution WHA42.36 sur le diabète, qui préconise une approche intégrée de la lutte contre le diabète. En 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale sur les maladies non transmissibles (AFR/RC50/10), qui souligne la nécessité pour les États Membres d'évaluer la charge de la maladie et de développer des stratégies pour la prévenir et la contrôler. Des actions menées conjointement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et la Fédération internationale du diabète (Afrique) ont permis de créer les conditions nécessaires à la lutte contre le diabète.



57. Le document souligne la nécessité d'appuyer les États Membres de manière intégrée. La stratégie proposée a pour objectif de contribuer à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée au diabète et aux facteurs de risque qui lui sont associés. Elle vise plus particulièrement à accroître la sensibilisation et le plaidoyer; promouvoir les interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire; renforcer la qualité des soins de santé en intégrant le diabète dans les soins de santé primaires; améliorer les capacités du personnel de santé; et soutenir la recherche sur les interventions communautaires, y compris la médecine traditionnelle.

58. La stratégie proposée s'appuie sur la nécessité d'une approche complète pour le contrôle du diabète. Les interventions recommandées comprennent : la création de conditions favorables au plaidoyer; la prévention du diabète et des facteurs de risque associés; le dépistage ciblé; le diagnostic précoce; et le renforcement des systèmes de santé. Le document souligne la nécessité d'un plein engagement des États Membres en faveur d'une approche multidisciplinaire et multisectorielle pour la prévention et le contrôle du diabète.

59. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités du contenu du document et ont reconnu son importance. Ils ont généralement convenu de la nécessité de mettre un plus grand accent sur le dépistage et le contrôle des facteurs de risque en tant que paquet intégré à la prévention primaire du diabète et d'autres maladies non transmissibles. Ils ont également souligné la nécessité d'encourager les États Membres à conduire des enquêtes sur la base de l'approche STEPwise, afin de disposer de données uniformisées fiables pour un plaidoyer et une réponse efficaces; la nécessité d'intégrer la prévention et le contrôle du diabète dans les soins de santé primaires, en veillant à la disponibilité de médicaments génériques d'un coût abordable; à l'exemption des paiements directs par les malades; et la nécessité de disposer de normes. Ils ont proposé que chaque fois que le terme *glycémie* apparaît dans le document, il faudrait en fait dire «glycémie à jeun». Ils ont estimé qu'il était nécessaire d'adopter une résolution pour renforcer la mise en œuvre de la stratégie.

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

- a) Dans l'Introduction,; le paragraphe 2 doit inclure l'insulinorésistance; le même paragraphe nécessite une précision comme suit : «supérieure à 2g/l (11,1 mmol)... »; le paragraphe 3 doit mentionner l'impuissance sexuelle.
- b) Dans l'Analyse de la situation et la justification,; le paragraphe 7 doit se lire «entre 1 et 20 %». Le paragraphe 9 doit inclure le libellé suivant : «mode d'alimentation».
- c) Dans la Stratégie régionale,; au paragraphe 18, le petit a) doit mentionner les décideurs et le public en général, tandis qu'au petit e), dans la version française, il faut ajouter *de devant soutenir* .....; le paragraphe 23 doit inclure le bout de phrase «reconnue comme une maladie médico-sociale »; au paragraphe 25, le terme «asymptomatiques» doit être remplacé par «évolution silencieuse»; au paragraphe 30, la troisième phrase doit inclure «les hôpitaux..); au paragraphe 32, la troisième phrase doit inclure «prévention et contrôle», après «prise en charge du diabète»; dans la version française, la dernière phrase doit être libellé comme suit par *seul le médecin*; le petit c) du paragraphe 36 doit être libellé comme suit : «mobiliser des ressources au niveau national et à l'étranger et allouer celles-ci sur une base régulière»; il faut ajouter : d) achever l'enquête STEPwise; et e) renforcer les partenariats avec les autres acteurs.

d) Dans la Conclusion, au paragraphe 41, supprimer «l'insuffisance d'engagement».

61. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Directeur régional a reconnu l'importance de la prévention primaire et la nécessité de données épidémiologiques émanant de l'enquête fondée sur l'approche STEPwise. Il a mis en relief la charge qu'impose aux familles le coût des antidiabétiques et souligné la nécessité d'engager des négociations avec les sociétés pharmaceutiques. Il a déclaré que les États Membres devaient subventionner le coût des antidiabétiques et que des associations devaient être créées au niveau communautaire pour garantir la protection sociale des personnes touchées par le diabète.

62. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/WP/4) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

**RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE :  
RÉALITÉS ET OPPORTUNITÉS** (document AFR/RC57/PSC/8)

63. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine: réalités et opportunités». Ce document comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, opportunités, actions proposées, et conclusion.

64. Le document reconnaît les efforts déployés par les pays pour fournir des services de santé intégrés de qualité, qui soient accessibles et abordables; les pays ont également généré les ressources humaines et matérielles nécessaires, collecté et regroupé les recettes destinées à l'acquisition des services, administré et régulé le secteur de la santé grâce à une vision et à une stratégie bien définies.

65. En dépit de ces efforts, les pays font face à un certain nombre de défis, notamment: le nombre limité de politiques et plans stratégiques de santé complets au niveau national; l'insuffisance des investissements dans la santé; le sous-investissement dans la formation; la précarité des conditions de travail; le déploiement inégal du personnel existant; la migration des agents de santé; l'iniquité flagrante dans la répartition des infrastructures et des équipements; la fragmentation des systèmes de santé; la faible qualité des services de santé; l'accès limité à des médicaments de qualité; et la faiblesse des mécanismes de coordination de l'appui des partenaires au secteur de la santé.

66. Des opportunités sont offertes aux pays pour leur permettre de relever ces défis: engagement renouvelé des États Membres à renforcer les systèmes de santé; meilleure disposition des programmes de santé verticaux pour qu'ils appuient le développement des systèmes de santé; engagement financier accru en faveur du renforcement des systèmes de santé de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination; de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé; du Réseau de métrologie sanitaire; de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale; et Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

67. L'objet du document est de proposer des actions pour appuyer les systèmes de santé intégrés et renforcer l'application efficace des orientations déjà données aux niveaux mondial et régional pour rendre les systèmes de santé plus performants.

68. Le document propose des actions centrées sur l'intégration des services de santé au niveau du district. Ces actions comprennent l'actualisation des politiques nationales et l'élaboration de plans stratégiques de santé réalistes; l'offre de services de santé intégrés au niveau du district; la mobilisation et l'utilisation efficace de ressources financières accrues pour protéger les pauvres; l'investissement approprié dans les hommes; et l'investissement accru dans les infrastructures, le matériel et les médicaments.

69. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait quelques observations générales pour améliorer le document. Ils ont souligné la nécessité de s'attaquer au problème de la fragmentation des systèmes de santé, associée à l'élaboration de programmes de santé parallèles, avec l'appui financier des partenaires. Ils ont indiqué que la fragmentation affaiblit les systèmes nationaux de santé et que les États Membres doivent par conséquent former un front uni pour résoudre ce problème. L'OMS doit jouer un rôle directeur en oeuvrant au renforcement des capacités des pays à suivre les progrès accomplis et à veiller en toute responsabilité à ce que les engagements pris soient honorés.

70. Les membres du Sous-Comité ont souligné l'importance d'une formation de qualité, de la coopération interpays, de l'intégration des services de santé, du financement de la santé et de l'établissement de centres d'excellence. Ils ont insisté sur la nécessité de prendre en compte tous les niveaux des systèmes de santé dans le renforcement des capacités institutionnelles et ont présenté la participation et l'implication des communautés comme un moyen de garantir la viabilité des systèmes de santé et leur obligation de rendre compte. Ils ont déclaré qu'il était indispensable d'associer les professionnels de la santé à la construction et à l'équipement des infrastructures sanitaires, de définir le concept de système de santé, d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des initiatives antérieures, y compris des soins de santé primaires, du scénario de développement sanitaire en trois phases et de l'Initiative de Bamako, et de saisir l'occasion de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement pour renforcer les systèmes de santé dans la Région africaine.

71. Le Sous-Comité du Programme a également proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) Dans l'Introduction, à la première phrase du paragraphe 1, ajouter «à améliorer la qualité des services de santé»; à la dernière phrase du paragraphe 3, ajouter «accès universel» et terminer la phrase par «afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement».
- b) Dans la section Enjeux et défis, au paragraphe 8 (version portugaise), supprimer le mot *seus* avant *serviços*; remplacer le terme *a* par *aos* avant *medicamentos* au paragraphe 11; insérer le nom du pays qui a atteint la cible de 15 %.
- c) Dans les Actions proposées, à la deuxième phrase du paragraphe 20, tenir compte du fait que le rôle du Ministère de la Santé est non seulement de garantir la disponibilité des ressources, mais aussi de maîtriser les questions relatives à l'allocation des ressources budgétaires et à la participation à la prise de décisions.

72. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a donné des éclaircissements sur l'accent mis sur le niveau du district et l'absence de détails, pour éviter de répéter ce qui est dit dans les documents et résolutions déjà

adoptés par les sessions antérieures du Comité régional. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité des efforts en cours pour harmoniser et aligner les interventions des partenaires sur les priorités sanitaires des pays. Il l'a également informé qu'un rapport a été préparé sur les soins de santé primaires en Afrique et que ce rapport sera bientôt parachevé et diffusé.

73. Le Directeur régional a fait part de sa décision d'organiser, en 2008, une conférence africaine sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, à l'occasion de la célébration du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. À cet égard, le Secrétariat préparera une note d'information qui sera présentée à la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

74. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour adoption.

### **DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

(document AFR/RC57/PSC/9)

75. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives», qui comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, et actions proposées.

76. En 1998 et en 2002, les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont adopté des résolutions portant sur le renforcement de leurs capacités à utiliser de manière optimale les ressources humaines pour la santé. Pour mettre en œuvre ces résolutions, l'OMS a élaboré et diffusé divers outils et lignes directrices et apporté son concours dans divers domaines techniques. Cinq centres collaborateurs de l'OMS ont été établis et cinq centres de formation régionaux ont bénéficié d'un appui technique et financier. Certains pays ont élaboré de nouveaux profils de carrière et de nouveaux arrangements contractuels, renforcé les unités chargées des ressources humaines, et introduit diverses initiatives permettant de recruter et de motiver les agents de santé.

77. Selon le document, les principaux problèmes eu égard aux ressources humaines pour la santé sont l'insuffisance du financement consacré à leur développement; le manque de politiques et plans complets; le manque de personnels de santé; le taux élevé des départs; et le manque d'informations et de données de recherche. Le principal défi consiste à trouver les moyens de mobiliser les fonds additionnels requis et de les utiliser de manière judicieuse pour résorber la crise actuelle des ressources humaines pour la santé.

78. Parmi les actions proposées, l'on pourrait citer : la nécessité de se doter d'une marge financière pour améliorer la production, la fidélisation et la performance des ressources humaines pour la santé; l'accélération de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et plans; l'augmentation de la production de ressources humaines pour la santé; l'amélioration des systèmes de gestion des ressources humaines; la production de données factuelles; et la promotion de partenariats pour le développement des personnels de santé.

79. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce très important document qu'ils ont longuement débattu, et ils ont émis des commentaires généraux pour l'améliorer. Ils ont dit à nouveau qu'il s'agissait d'une situation chronique dont les difficultés et interventions

sont bien connues. Il existe également des plans et stratégies d'une grande pertinence et utilité qui nécessitent une mise en œuvre effective assortie d'un calendrier précis. Toutes les parties prenantes doivent s'impliquer dans la mise en œuvre de ces plans et stratégies, y compris le suivi et la production de rapports sur les progrès réalisés.

80. Pour développer les ressources humaines pour la santé, il faut des approches et actions multisectorielles, notamment que les secteurs, parties prenantes et donateurs concernés fassent en sorte que la question des ressources humaines pour la santé soit abordée de manière coordonnée. Cette coordination réduirait le mouvement de masse d'agents de santé chevronnés du secteur public au secteur privé ou d'un programme à l'autre. Ce mouvement massif contribue aux pertes des gouvernements en matière d'investissement dans l'éducation, aux distorsions dans les systèmes de rémunération, et à l'affaiblissement du système de santé publique.

81. Ils sont tous convenus que la crise des ressources humaines pour la santé partout en Afrique nécessite de la part des pays mêmes un effort concerté pour augmenter la quantité et améliorer la qualité des agents de santé; apprécier à sa juste valeur la contribution des personnels nationaux de santé, y compris en les rémunérant en conséquence et en leur offrant des conditions de travail propices. En outre, il convient de faire ressortir l'importance de la formation continue et du recyclage périodique en compétences techniques, gestion, financement (contratualisation) et maintenance des équipements, conformément aux normes internationales.

82. Le Sous-Comité a souligné qu'il fallait, en abordant la question de la crise des ressources humaines pour la santé, tenir compte du taux élevé de départs des agents de santé imputables à l'impact de la pandémie de VIH/SIDA. Il a exprimé sa préoccupation au sujet de la fuite des cerveaux à l'intérieur des pays et entre pays, et du recrutement actif des personnels de santé par des agences de recrutement au sein de la Région, ce qui empire la situation dans les pays qui perdent ces personnels. Les membres en ont appelé à la coopération sud-sud et à la mise en place de mécanismes pour réduire cette tendance. Les membres du Sous-Comité du Programme ont demandé qu'on leur remette des exemplaires de la Déclaration de Yaoundé ainsi que le rapport de la réunion qui s'est tenue au Botswana.

83. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) Au paragraphe 8) de la version portugaise, revoir la traduction de Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- b) Au paragraphe 8, la première phrase de la version française doit se lire comme suit : *De nombreuses opportunités pour investir dans le développement des ressources humaines se sont présentées, mais ...*
- c) Dans les Enjeux et défis : inclure les départs des agents de santé imputables à l'impact du VIH/SIDA sur leur santé.
- d) Au paragraphe 11, inclure le défi posé par le fait que la formation de certaines catégories d'agents de santé fait intervenir également d'autres secteurs.
- e) Clairement identifier les rôles et responsabilités des États Membres, de l'OMS et des partenaires.

- f) Au paragraphe 20, la deuxième phrase devrait se lire comme suit : « ...des moyens d'action nécessaires pour protéger la santé des populations, y compris la promotion de l'éthique professionnelle et les ...».
- g) Expliciter la première phrase du paragraphe 21.
- h) Insérer un nouveau sous-titre, «Stratégies de fidélisation des effectifs», entre les paragraphes 20 et 21.

84. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a répété qu'il était important que les pays élaborent et mettent en œuvre des politiques et plans relatifs aux ressources humaines; d'améliorer la capacité des institutions de formation en matière de production et de formation continue; et le rôle de tutelle des gouvernements dans la coordination des différentes parties prenantes. Il a été souligné que les efforts doivent porter sur la planification, la production, la gestion (y compris la réduction de la migration) et le financement des ressources humaines pour la santé, y compris la production systématique d'informations pour appuyer les actions et le suivi. Le Secrétariat a décrit les efforts consentis aux plans mondial et régional pour faire face aux migrations, ainsi que les expériences en matière de collaboration avec d'autres secteurs. Il a invité les pays à démontrer que la production de ressources humaines est un investissement et non pas uniquement une dépense récurrente, et que les ressources allouées par les partenaires et les donateurs peuvent également servir à la production de ressources humaines pour la santé.

85. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional pour adoption.

### **TUBERCULOSE ET VIH/SIDA : UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

(document AFR/RC57/PSC/11)

86. Le Dr R. Chatora, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS», qui comprend les sections suivantes : introduction, analyse de la situation, objectifs, principes directeurs, interventions prioritaires, rôles et responsabilités, suivi et évaluation, et conclusion.

87. Selon le document, la co-infection tuberculose-VIH est le principal facteur de propagation de l'épidémie de la tuberculose dans la Région africaine. Par ailleurs, environ 35 % des personnes souffrant de tuberculose sont infectées par le VIH, et au moins 25 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde surviennent dans la Région africaine. Conscient de l'importance des deux épidémies, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, à sa cinquante-cinquième session, la résolution AFR/RC55/R5 déclarant la tuberculose urgence sanitaire dans la Région et la résolution AFR/RC55/R6 réclamant l'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH dans les pays. Les taux de couverture des principales interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA demeurent faibles et les programmes de lutte contre ces deux affections sont généralement mis en œuvre séparément, alors qu'il est établi que les interventions ciblant conjointement la tuberculose et le VIH/SIDA permettent de réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité imputable à cette maladie parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH).

88. Le but de la stratégie régionale est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à la co-infection tuberculose-VIH/SIDA dans la Région en assurant l'accès universel aux interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.

89. La stratégie préconise que les pays mettent en œuvre les interventions prioritaires ci-après pour atteindre les objectifs définis : renforcement des mécanismes de collaboration ; amélioration de la prévention, du dépistage et du traitement de la tuberculose chez les PVVIH; amélioration de l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de conseil et de dépistage du VIH ; maîtrise de l'infection en vue de réduire la transmission ; plaidoyer, communication et mobilisation sociale ; partenariats et mobilisation des ressources. Les responsabilités incombant aux pays, à l'OMS et à d'autres partenaires sont en outre décrites dans le document qui souligne que la prestation conjointe de services est nécessaire pour accélérer la mise à échelle des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA en vue de l'accès universel à ces interventions.

90. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré. Ils ont formulé diverses observations d'ordre général pour l'améliorer. En dépit de l'accent mis sur la double infection, ils estiment qu'il faut continuer à accorder une attention particulière au traitement de ces maladies prises séparément. Par ailleurs, outre des lignes directrices sur la lutte contre l'infection, il convient d'améliorer les infrastructures au sein desquelles les cas de tuberculose sont pris en charge et prévoir une formation en matière de lutte contre l'infection. Il est également nécessaire d'investir dans la prévention, le traitement et la recherche, notamment la recherche pour la mise au point de nouvelles technologies pour le diagnostic et le traitement.

91. Les membres ont déclaré que le document devrait mettre en lumière les progrès réalisés dans les années 70 par les pays dans la lutte contre la tuberculose, progrès qui ont été contrariés par la pandémie de VIH/SIDA; l'importance de la nutrition dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA; la nécessité urgente de créer des centres d'excellence, étant donné l'émergence de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et de la tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR); et le rôle que peut jouer le secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que si les niveaux national et régional supportaient la charge morbide la plus importante, il était cependant nécessaire de trouver une solution mondiale pour lutter contre la double infection et élaborer des lignes directrices claires pour la prise en charge de la tuberculose MR et de la tuberculose UR.

92. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) dans Stratégie régionale : rendre le but conforme à l'Initiative Halte à la Tuberculose; réviser le paragraphe 16 a) pour éviter la stigmatisation des pauvres; dans Interventions prioritaires, inclure le renforcement des systèmes de santé.
- b) dans Rôles et responsabilités : au paragraphe 27, élargir le rôle de l'OMS pour inclure la création de centres d'excellence et l'appui au suivi et à l'évaluation.
- c) dans Suivi et évaluation : ajouter au paragraphe 30 le suivi des cas de tuberculose MR et de tuberculose UR.

93. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a expliqué que si le document met l'accent sur la double infection tuberculose-VIH/SIDA, c'est que les questions relatives à chacune de ces affections, prise séparément, étaient traitées dans d'autres documents. L'égalité de l'accès aux services cible les personnes démunies en tant que bénéficiaires et non comme victimes de la stigmatisation. Les centres d'excellence sont évalués et nommés sur la base du mérite. La résolution WHA60.17, adoptée en mai 2007, porte sur la mise au point de nouvelles technologies pour le diagnostic et le traitement. L'Initiative Halte à la Tuberculose fait participer les secteurs public et privé à la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA; le Mécanisme international d'achat de médicaments permet d'avoir accès aux antituberculeux de première et deuxième intentions. L'OMS organisera une réunion mondiale pour élaborer des lignes directrices générales sur la lutte contre l'infection, qui seront adaptées par les pays. Les interventions préventives connues sont le cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes, et le traitement préventif à l'isoniazide pour les PVVIH.

94. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour adoption.

**BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008-2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC57/PSC/10)

95. Le Dr P. Lusamba Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Budget Programme de l'OMS 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine». Il comprend les sections suivantes : introduction, priorités, leçons apprises, Budget Programme, principes directeurs pour la mise en œuvre, rôles et responsabilités, conclusion et annexes.

96. Le document indique que l'environnement sanitaire mondial se caractérise par des lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances. Des interventions de santé ayant fait leur preuve ne sont pas pleinement mises en œuvre dans certaines parties du monde, et particulièrement en Afrique.

97. Le onzième programme général de travail de l'OMS définit un programme d'action mondial pour combler les lacunes évoquées ci-dessus. Dans ce contexte, l'OMS a défini sa contribution au programme mondial d'action sanitaire dans son plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (PSMT) qui a récemment été adopté par ses organes directeurs. Le PSMT sera mis en œuvre grâce à trois budgets programmes biennaux et aux plans opérationnels qui s'y rapportent.

98. Conformément aux priorités mondiales de l'OMS, le document a présenté les priorités de la Région africaine qui seront mieux appuyées par une décentralisation accrue des ressources et par la délégation de la fonction de mise en œuvre du programme en faveur des équipes d'appui inter pays.

99. Le Budget Programme 2008-2009 repose sur les principes de la gestion fondée sur les résultats et de l'intégration. Les organes directeurs de l'OMS ont approuvé un budget global de US \$ 4 227 480 000. La Région africaine recevra US \$ 1 193 940 000, soit 28,2% de ce budget. Le document en montre la répartition, sur la base de différents critères.

100. Le document recommande des principes directeurs pour la mise en œuvre du Budget Programme et décrit les rôles et responsabilités des États membres et du Bureau régional de l'OMS.



Il invite ensuite le Sous-Comité du Programme à examiner et à approuver les orientations proposées pour la mise en œuvre du Budget Programme 2008-2009 dans la Région africaine.

101. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la bonne présentation du document et ont fait les observations d'ordre général en vue de l'améliorer. Ils ont déclaré qu'il serait important de montrer l'évolution du budget au fil des ans, y compris la proportion utilisée pour le fonctionnement des bureaux de pays de l'OMS par rapport à celle destinée à la mise en œuvre des programmes. Ils ont exprimé leur préoccupation quant à la proportion élevée des contributions volontaires dans un contexte général d'insuffisance des financements, cette forme de contribution présentant un certain degré d'incertitude. Cette situation peut compromettre la mise en œuvre du programme.

102. Étant donné que la grande partie du budget est allouée aux bureaux de pays et aux équipes d'appui interpays, les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé le souhait de disposer d'informations sur le fonctionnement et le rendement des bureaux de pays et des équipes d'appui interpays, ainsi que sur la manière de mieux renforcer leur efficacité. Ils ont demandé que les allocations destinées aux pays figurent dans le document.

103. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités de l'importance accordée au partenariat, notamment avec l'Union africaine (UA), et se sont demandé comment ce partenariat sera poursuivi. Ils ont réitéré l'importance de certains défis à prendre en compte dans l'allocation du budget, tels que la crise des ressources humaines pour la santé qui devrait être considérée comme une priorité; le renforcement des systèmes de santé et les voies et moyens de s'attaquer adéquatement aux maladies non transmissibles qui sont en hausse et responsables aujourd'hui d'une grande partie de la charge de morbidité. Les besoins sanitaires des groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants devraient également bénéficier de toute l'attention voulue. Ils ont souligné que le sous financement de la santé de la reproduction, et particulièrement la santé maternelle et infantile, dû à la trop grande attention accordée aux maladies transmissibles, entrave la mise en œuvre de stratégies clés telles que la feuille de route pour l'accélération de la réalisation des OMD liés à la santé maternelle et néonatale en Afrique.

104. Le Sous-Comité du Programme a proposé les amendements spécifiques suivants :

- a) au paragraphe 5, ajouter que le Budget programme 2008-2009 a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé;
- b) au paragraphe 6, dans la version portugaise, remplacer le mot «*maximisar*» par «*aumentar*»;
- c) figure 1 : faire en sorte que toutes les parties de la figure soient bien visibles sur le blanc et noir;
- d) au paragraphe 16, dans la version portugaise, remplacer «*empenhamento*» par «*empenho*»;
- e) au paragraphe 26, dans la version portugaise, cinquième ligne, remplacer « à » par « para a »;
- f) étant donné que la santé maternelle et infantile constitue un problème majeur dans la Région africaine et requiert un accroissement du financement, et compte tenu de la flexibilité dont on dispose encore pour l'opérationnalisation du budget programme, inclure la nécessité d'inscrire la santé maternelle et infantile comme priorité pour l'allocation de ressources budgétaires

accrues dans les plans opérationnels, soit dans la section sur les rôles et responsabilités, soit dans la conclusion;

- g) au paragraphe 35 de la version anglaise, remplacer « to review and approve » par « to note and adopt ».

105. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Des explications ont été fournies sur le processus d'élaboration du Budget programme, dans le cadre du onzième Programme général de travail auquel les pays et les partenaires ont participé, et son adoption lors de l'Assemblée mondiale de la Santé (y compris l'adoption des Objectifs stratégiques et des Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation). Le document final sera communiqué aux pays pour de plus amples informations.

106. Le Secrétariat a apporté des éclaircissements sur l'évolution du budget total (contributions fixées et contributions volontaires) alloué à la Région africaine. Il a fait savoir aux membres que l'OMS élabore actuellement une politique de mobilisation des ressources qui viendra compléter le cadre mis en place afin de contribuer à débloquer les fonds en temps voulu et réduire la proportion de fonds à affectation prédéterminée. Les plans opérationnels des pays doivent être établis en collaboration étroite entre le Ministère de la Santé et le Bureau de pays de l'OMS.

107. Le Secrétariat a souligné le rôle du Sous-Comité du Programme et du Comité régional dans les orientations données pour la mise en œuvre du budget programme. Il a informé les membres que le Bureau régional maintenait une collaboration permanente avec l'Union africaine et les communautés économiques régionales et a donc participé à l'élaboration de la Stratégie de la Santé de l'Afrique 2007-2015. Le Secrétariat a exprimé sa disposition à appuyer la mise en œuvre de cette stratégie, en collaboration avec les autres organisations du Système des Nations Unies présentes dans la Région, tout en se conformant au mandat de l'OMS. Après avoir noté que la santé de la reproduction constitue une source de préoccupation depuis la dernière période biennale, le Secrétariat a signalé que des efforts ont été déployés pour accroître les allocations destinées à ce domaine d'activité. Il était néanmoins nécessaire d'augmenter encore ces allocations, en particulier en faveur de la santé maternelle qui présente les pires indicateurs et dont les progrès sont lents.

108. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document, tel qu'amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC57/PSC/ 4) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

**DÉTERMINANTS SOCAUX CLÉS DE LA SANTÉ : APPEL EN FAVEUR D'UNE ACTION INTERSECTORIELLE POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS** (document AFR/RC57/PSC/13)

109. Le Dr C. N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé « Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer l'état de santé dans la Région africaine de l'OMS ». Le document comprend les sections suivantes : contexte, enjeux et défis, actions proposées et conclusion.

110. Le document signale que certains facteurs généralement appelés "déterminants sociaux de la santé" influent profondément sur la santé. Faisant suite à la demande formulée par les ministres de la santé au sujet d'un compte rendu des activités de la Commission OMS des déterminants sociaux de

la santé (CDSS) et en attendant le rapport de cette commission, le document aborde les problèmes et les défis auxquels les pays de la Région africaine sont confrontés, et propose les actions à mener.

111. Il examine d'abord certains facteurs qui constituent des majeurs défis, y compris la pauvreté; l'iniquité; le peu d'intérêt accordé à l'éducation des filles; le fait que de larges couches de la population n'ont pas accès aux services de santé et ne les utilisent donc pas; les problèmes liés à l'environnement; la mondialisation du commerce, des voyages, des migrations, de la technologie et des communications; l'absence de mécanismes de coordination des actions intersectorielles dans le domaine de la santé; et l'absence de propositions concrètes pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Le document propose ensuite un certain nombre d'actions aux États Membres, à l'OMS et aux partenaires.

112. Le document demande aux pays de mettre en place un groupe spécial des déterminants sociaux, chargé d'examiner les questions qui se posent et les recommandations que formulera la CDSS; et de veiller à ce que leurs politiques et leurs plans de santé soient axés sur les principaux déterminants sociaux de la santé. Il invite l'OMS, les partenaires et les autres acteurs à créer un observatoire régional des déterminants sociaux de la santé et à fournir aux pays l'appui technique et les orientations dont ils ont besoin.

113. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé des observations générales pour améliorer le document. Ils ont exprimé la nécessité d'élaborer des paragraphes distincts sous la section «Enjeux et défis» pour traiter de l'urbanisation (y compris l'émergence d'habitations anarchiques dans les pays sortant d'un conflit) et des facteurs d'ordre culturel. En ce qui concerne la proposition de créer un groupe spécial des déterminants sociaux, les participants se sont demandé si ce groupe devait être placé sous l'autorité du ministère de la santé ou à un niveau plus élevé tel que le bureau du Premier Ministre ou du Président. Il faudrait mentionner les principaux enseignements tirés de l'initiative portant sur les milieux-santé et examiner la possibilité d'établir un échancier pour les actions proposées. Ils ont souligné la nécessité de signaler la faiblesse de la coopération intersectorielle sur le terrain; de faire ressortir le lien qui existe entre la santé, la richesse et la pauvreté; de préciser les actions concrètes à mener par le groupe spécial; et de proposer que le ministère de la santé puisse coopérer, dans certains cas, avec les divers secteurs liés à la santé, sans nécessairement avoir besoin de créer un groupe spécial.

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

- a) Dans la section Contexte, au paragraphe 4, inclure un paragraphe distinct pour mettre les ministres au courant des activités de la Commission OMS des déterminants sociaux de la santé.
- b) Dans la section Enjeux et défis : au paragraphe 10 de la version française, remplacer *les plus riches* par *des plus riches* sur la deuxième ligne, et remplacer *les plus pauvres* par *des plus pauvres* sur la troisième ligne.
- c) Dans la section Activités proposées : au paragraphe 15, préciser les fonctions assignées au groupe spécial; au paragraphe 17 de la version française, remplacer *à la transformation* par *à la promotion*; au paragraphe 18, vérifier s'il est possible d'inclure «les groupes socialement handicapés»; au paragraphe 19, utiliser «mass média» au lieu de «média» et examiner la

possibilité de mentionner le rôle du «secteur privé» et «les questions relatives à la médecine du travail»; au paragraphe 21, dernière phrase, s'arrêter après l'expression «déterminants sociaux de la santé»; reformuler le paragraphe 22 de la manière suivante : «Il est demandé aux pays de mobiliser des ressources à l'extérieur pour les affecter à la mise en oeuvre .... ».

d) Dans la Conclusion, au paragraphe 24, barrer le mot «noter».

115. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs suggestions, et leur a donné l'assurance que leur contribution serait utilisée pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Le Secrétariat a également fourni des éclaircissements sur certaines questions posées au sujet du lieu d'implantation du groupe spécial; de l'actualisation des sites Web relatifs aux milieux de santé; des rapports qui existent entre la santé, la richesse et la pauvreté; et des actions intersectorielles en faveur de la santé.

116. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document ainsi amendé soit présenté au Comité régional pour adoption.

#### **USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES** (doc. AFR/RC57/PSC/14)

117. Le Dr T. Agossou, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives». Celui-ci comprend les sections suivantes : contexte, situation et perspectives.

118. Le document définit l'usage nocif de l'alcool comme une consommation qui provoque ou favorise un préjudice physique ou psychologique, des troubles du jugement ou du comportement, pouvant entraîner une incapacité ou des problèmes entre individus. L'abus de l'alcool continue à augmenter dans la Région africaine, entraînant de graves conséquences sanitaires et sociales. L'absorption épisodique de grandes quantités d'alcool ou les «beuveries» constituent la principale caractéristique de la consommation.

119. Le document donne un aperçu de l'usage nocif de l'alcool dans la Région. Il indique que certains pays africains présentent des taux de consommation absolue par habitant parmi les plus élevés au monde, les boissons traditionnelles constituant une dimension cachée des problèmes liés à la consommation d'alcool dans plusieurs pays; et qu'environ 50 % de la consommation n'est pas comptabilisée. Au titre des conséquences néfastes de l'usage de l'alcool, on peut citer l'adoption de comportements sexuels à haut risque, l'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

120. Les principaux problèmes relevés dans le document concernent la mondialisation et les techniques de commercialisation agressives de l'alcool; la disponibilité et l'accessibilité accrues des boissons alcooliques; et de nouvelles habitudes de consommation plus nocives. Bien que les boissons alcoolisées constituent une importante source d'emplois et de revenus pour les familles et les gouvernements, on ne peut cependant pas fermer les yeux sur les préjudices d'ordre sanitaire et d'ordre social et économique que l'alcoolisme cause à la société et qui exigent donc une réglementation.

121. Le document présente un certain nombre de perspectives. Les pays sont encouragés à reconnaître que l'usage nocif de l'alcool constitue un important problème de santé publique qui est lié aux traumatismes, au VIH, à la violence, aux situations de conflit et de sortie de conflit, aux inégalités sociales et à la pauvreté. Il faut poursuivre la recherche, évaluer correctement la situation et mettre au point des outils pour recueillir des informations sur la consommation d'alcool, et les préjudices liés à l'alcool, afin de rendre compte de la situation réelle qui prévaut dans les pays. La mise en place d'un système régional de surveillance est une action prioritaire pour que les décisions politiques soient fondées sur des bases factuelles. Les réseaux de surveillance existants devraient également bénéficier d'un appui.

122. Le document souligne qu'il est nécessaire de s'attaquer de manière globale et multisectorielle à l'accroissement constant de la consommation et aux problèmes liés à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Une conférence panafricaine régionale pourrait servir de base à ce processus. Il est indispensable d'élaborer une stratégie viable et à long terme pour s'attaquer efficacement à l'usage nocif de l'alcool.

123. Les membres du Sous-Comité du Programme ont salué ce document et ont formulé des observations générales. Ils ont exprimé des préoccupations au sujet du manque de données sur le problème dans la Région, et il a été recommandé que les pays soient encouragés à conduire des enquêtes en utilisant des méthodologies uniformisées, avec l'appui de l'OMS. La création d'un observatoire régional a également été proposé.

124. Il a été proposé que le document présente d'une manière plus agressive le problème et ses conséquences, en particulier chez les jeunes et les femmes. Il serait judicieux d'inclure également les causes sous-jacentes du problème, afin de s'attaquer plus efficacement à celui-ci. Il est également nécessaire d'ajouter un paragraphe sur les boissons alcoolisées de contrefaçon et de mauvaise qualité. Il faut aussi s'attaquer au problème de l'alcool sur la base d'une approche intégrée de la toxicomanie.

125. Les membres du Sous-Comité du Programme ont appelé à des discussions plus approfondies sur les intérêts conflictuels entre les effets nocifs de l'usage de l'alcool sur la santé et les recettes générées par les taxes sur l'alcool. Enfin, ils ont indiqué que la Conférence régionale proposée sur le problème est d'une très grande pertinence, dans la mesure où elle permettra d'accroître la sensibilisation et les interventions dans la Région. Les représentants de tous les secteurs devraient prendre part à une telle conférence.

126. Le Sous-Comité du Programme a recommandé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants : dans l'Analyse de la situation, au paragraphe 8, indiquer les principales maladies associées à la consommation d'alcool; la section Perspectives devrait être reformulée et devenir Rôles et responsabilités, pour guider les interventions dans les pays.

127. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions, et a indiqué que le document s'inspirait des discussions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. L'objet du document était d'encourager des discussions au niveau du Comité régional en vue de l'adoption d'une position africaine commune sur le sujet qui devrait figurer à l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif de janvier 2008 et à celui de l'Assemblée mondiale de mai 2008. Le Secrétariat a ajouté que l'Organisation mondiale de la Santé fournira aux pays un

appui pour la conduite d'une enquête mondiale sur l'alcool et la santé publique, afin d'améliorer les données factuelles au niveau des pays et des régions.

128. Le Directeur régional a souligné l'importance du problème dans la Région africaine et ses liens avec les comportements sociaux et culturels des individus. Il a insisté sur la nécessité de recueillir suffisamment d'informations sur le problème pour mieux éclairer les discussions au niveau mondial et préparer une stratégie régionale pour répondre à ce problème en 2008 après l'Assemblée mondiale de la Santé.

129. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit présenté au Comité régional, pour discussion.

**SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : PROGRÈS RÉALISÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL INTERGOUVERNEMENTAL CHARGÉ DE FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉOLUTION WHA59.24**

(document AFR/57/PSC/INF.DOC/1)

130. Le Dr A. J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté un document d'information intitulé «Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24». Le document comprend les sections suivantes : contexte, progrès réalisés à ce jour, défis, et actions de suivi.

131. Le document signale qu'en 2004, l'OMS a chargé une commission indépendante d'analyser les rapports qui existent entre les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique. Le rapport contenait 60 recommandations et a été publié par cette commission en avril 2006. Il a conclu que les droits de propriété intellectuelle constituent des incitations importantes pour la mise au point de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies médicales, mais tel n'est pas le cas lorsque les populations malades sont peu nombreuses et démunies. Le Groupe de Travail intergouvernemental a été créé par la résolution WHA59.24 sur la Santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux, afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de la Commission.

132. Aux termes de cette résolution, le Groupe de Travail intergouvernemental devait élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux visant à promouvoir la recherche-développement en santé axée sur les maladies touchant les pays en développement ; faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, sur les progrès accomplis, et présenter la version finale de la stratégie et du plan d'action mondiaux à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008.

133. Le Groupe de Travail intergouvernemental a tenu sa première réunion en décembre 2006, à laquelle ont participé une centaine de pays dont 24 États Membres de la Région africaine. Les participants à la réunion ont enrichi le projet de stratégie et de plan d'action qui sera présenté lors de la deuxième réunion du Groupe de travail intergouvernemental prévue en novembre 2007. Les États Membres ont soumis 32 contributions sur le projet de stratégie mondiale. Cinq pays de la Région (Afrique du Sud, Kenya, Lesotho, Madagascar et Ile Maurice) ont proposé onze experts devant participer à la réunion de novembre. Pour aider les pays à contribuer à l'avancement des travaux du Groupe de Travail intergouvernemental, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique organise une consultation régionale à Brazzaville en septembre 2007.

134. Les délégués ont félicité le Secrétariat pour ce document bien structuré qui fournit les informations essentielles sur cette question complexe. Ils ont fait diverses observations d'ordre général pour améliorer le document. Ils ont estimé qu'il conviendrait de définir des termes de référence précis pour les pays africains et le Groupe de Travail intergouvernemental afin de garantir une participation active et d'aboutir à des plans tangibles et appropriés pour s'attaquer aux problèmes pertinents de santé publique, y compris les maladies négligées et les besoins des groupes vulnérables.

135. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné qu'il serait important de préciser les principales questions couvertes, afin de sensibiliser les ministres de la santé. Les discussions relatives à l'Accord de l'Organisation mondiale du Commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) devraient également porter sur l'accès des groupes vulnérables aux innovations. Les pays africains devraient être informés de l'article 31 de l'ADPIC et de la Déclaration de Doha sur l'ADPIC et la santé publique, qui portent tous les deux sur la protection de la santé publique.

136. Le rôle des organisations régionales africaines de propriété intellectuelle (telles que l'Organisation africaine de la Propriété intellectuelle et l'*African Regional Intellectual Property Organization*) dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie mondiale devrait être indiqué dans le document; il conviendrait également d'examiner les moyens de protéger les nombreuses innovations émanant d'Afrique;

137. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur contribution, qui sera utilisée pour finaliser le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional. Il a informé les participants que la consultation régionale est en cours de préparation (les termes de référence et le document de base sont en train d'être mis en forme), et que bon nombre de pays devraient y participer avec des équipes multisectorielles.

138. En ce qui concerne les questions importantes qui doivent être portées à l'attention des ministres de la santé, le Secrétariat a insisté sur les deux résolutions déjà adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2006 et 2007, la déclaration conjointe signée par les Ministres africains de la Santé au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2007, et la déclaration présentée par le Kenya au nom des pays africains au cours de la session du Groupe de Travail intergouvernemental. Le Secrétariat a encouragé les États Membres à veiller à ce que les besoins sanitaires de l'Afrique soient convenablement pris en compte dans le plan d'action mondial.

139. Le Sous-Comité du Programme a recommandé que ce document soit présenté au Comité régional pour qu'il en débatten.

#### **RAPPORTS D'AUDIT INTERNE ET EXTERNE DE L'OMS : INCIDENCES POUR LA RÉGION AFRICAINE (AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)**

140. M. S. E. Haarman, du Secrétariat, a présenté le document d'information intitulé « Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incidences pour la Région africaine ». Il a mis en évidence les principaux aspects que traite le rapport : contexte, rapports d'audit interne, rapports d'audit externe, préoccupations et recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, mesures prises par le Bureau régional pour l'Afrique, et perspectives.

141. Il a rappelé qu'en 2006, quatre audits internes et trois audits externes ont été effectués au Bureau régional et dans quatre bureaux de pays de l'OMS. Il a déclaré que l'Afrique avait été mentionnée tout particulièrement à l'Assemblée mondiale à cause de l'inobservation des processus gestionnaires de l'OMS et d'incidents inacceptables. Le document a pour objet d'informer le Sous-comité du Programme et le Comité régional de la situation et des mesures prises pour y remédier. La plupart des problèmes recensés sont dus, entre autres, à de mauvais services bancaires et de voyage. Il a conclu en disant que le Directeur régional avait déjà commencé à prendre des mesures pour remédier à cet état de choses, y compris le recrutement et la formation d'un fonctionnaire du suivi chargé de suivre la mise à exécution des recommandations des rapports d'audit.

142. Le Sous-comité du Programme a noté qu'il n'était pas juste de mentionner uniquement la Région africaine. Les membres ont insisté sur la nécessité de disposer de capacités supplémentaires au lieu d'un seul fonctionnaire du suivi pour une tâche aussi complexe. De plus, il faudrait effectuer une analyse de situation relative aux procédures actuelles et utiliser les résultats pour l'élaboration d'un cadre d'application des procédures pour l'avenir. Par ailleurs, ils ont recommandé d'investir davantage dans l'intelligence économique afin de mettre en place des mécanismes et des processus permettant d'éviter les risques.

143. Le Sous-comité du Programme reconnaît qu'il sera difficile de rectifier la situation actuelle sans adopter une approche globale pour traiter de toutes ces questions, y compris les faiblesses des services bancaires de la Région.

144. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions. La direction du Bureau régional a déclaré qu'il était remédié aux problèmes identifiés.

#### **RÉVISION DE LA COMPOSITION ET DU MANDAT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME** (document AFR/RC57/PSC/12)

145. Le Directeur régional, Dr Luis Gomes Sambo, après avoir consulté les services juridiques de l'OMS, a présenté la proposition du Secrétariat sur la « Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme ». Le document comprend le contexte et d'autres sections sur les enjeux, les défis, l'expérience des autres régions de l'OMS, le nouveau mandat proposé, la composition et les réunions.

146. Le document rappelle la création du Sous-Comité du Budget en 1975 et son évolution au fil des ans pour aboutir au Sous-Comité du Programme. Le Sous-Comité fournit, sous forme de rapports, des conseils concis et informatifs qui sont utiles au Comité régional dans la prise de décisions. Toutefois, le Sous-Comité du Programme a récemment fait face à des défis tels que le nombre croissant de points inscrits à l'ordre du jour et la représentation inadéquate des États Membres. Pour répondre à ces défis et en tenant compte de l'expérience des autres régions de l'OMS, il était nécessaire de réviser le mandat et la composition du Sous-Comité du Programme pour lui permettre d'améliorer son rôle dans les délibérations du Comité régional.

147. Le document propose le mandat révisé suivant pour le Sous-Comité du Programme :

- a) Examiner et proposer au Directeur régional l'ordre du jour provisoire du Comité régional;



- b) Conseiller le Directeur régional sur les questions dont l'importance exige qu'elles soient examinées par le Comité régional;
- c) Conseiller le Directeur régional sur les propositions de désignation des États Membres à considérer par le Comité régional, quand la Région est appelée à nommer les États Membres devant siéger au sein des différents conseils et comités;
- d) Examiner les questions liées au Programme général de travail, au Plan stratégique à moyen terme, à la politique de la santé pour tous à l'échelle mondiale et aux politiques régionales de santé, avant qu'elles ne soient examinées par le Comité régional;
- e) Examiner le budget programme, stratégies régionales, rapports techniques et résolutions proposés par le Directeur régional;
- f) Recommander au Comité régional les ressources additionnelles requises par le Bureau régional et proposer un mécanisme permettant aux États Membres de fournir un financement supplémentaire pour la mise en œuvre des résolutions prises par le Comité régional;
- g) Proposer au Comité régional tout travail ou toute recherche additionnels sur les questions de santé qui, de l'avis du Sous-Comité du Programme, contribueraient à la mission de l'Organisation dans la Région;
- h) S'acquitter de toutes autres fonctions qui pourraient lui être confiées par le Comité régional;
- i) Conseiller le Directeur régional, le cas échéant, entre les sessions du Comité régional.

148. S'agissant de la composition et des réunions, le Sous-Comité du Programme sera composé de seize (16) représentants des États Membres. En outre, trois (3) membres du Conseil exécutif de la Région africaine participeront aux réunions du Sous-Comité du Programme. Les membres seront désignés par rotation suivant l'ordre alphabétique anglais. Le Directeur régional peut inviter des experts. Il réunira le Sous-Comité du Programme au moins une fois par an pour une durée ne dépassant pas cinq (5) jours ouvrables.

149. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour ce document conceptuel et fait des observations d'ordre général. Ils ont déclaré qu'il y avait de bonnes raisons d'élargir le mandat et la composition du Sous-Comité du Programme pour renforcer les travaux du Comité régional. Ils ont fait observer qu'il était nécessaire de justifier l'augmentation du nombre de membres du Sous-Comité du Programme qui passe de 12 à 16. Il a été suggéré de remplacer à la fin du paragraphe 14 «techniquement qualifié et occuper un poste de directeur» par «techniquement qualifié et occuper un poste de haut responsable».

150. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et leurs suggestions qui seront utilisées pour parachever le document en vue de sa présentation à la cinquante-septième session du Comité régional.

## **ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

(document AFR/RC57/PSC/15)

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

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

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

153. La répartition des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional a été la suivante :

a) Dr Potougnima Tchamdja (Président) : points suivants de l'ordre du jour :

- 7.1 Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives.
- 7.2 Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.
- 7.3 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives;
- 7.4 Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS;

b) Professeur Khireddine Khelfat (Rapporteur de langue française) : points suivants de l'ordre du jour :

- 7.5 Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.
- 7.6 Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités
- 7.7 Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives;
- 7.8 Budget Programme de l'OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine de l'OMS.

c) Dr André Bernard Valentin (Rapporteur de langue anglaise) : points suivants de l'ordre du jour :

- 7.9 Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l’OMS.
- 7.10 Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme
- 7.11 Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d’une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l’OMS
- d) Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz (Rapporteur de langue portugaise): points suivants de l’ordre du jour :
- 7.12 Usage nocif de l’alcool dans la Région africaine de l’OMS : Analyse de la situation et perspectives
- 7.13 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24.
- 7.14 Rapports d’audit interne et externe de l’OMS : Incidences pour la Région africaine.

## **CLÔTURE DE LA RÉUNION**

154. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur diligence, la haute qualité de leurs discussions et leur participation active aux délibérations. Il a également remercié le Secrétariat pour les documents bien articulés et la facilitation globale des travaux, de même que les interprètes pour la facilitation de la communication. Il a en outre reconnu le précieux appui fourni par le Directeur, Gestion du Programme, et les Directeurs de Division aux travaux du Sous-Comité du Programme. Il a exprimé sa gratitude au Directeur régional pour avoir créé un environnement favorable au Bureau régional et donné des indications et orientations aux moments opportuns.

155. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional a remercié le Président pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion. Il a félicité les membres du Sous-Comité du Programme pour la haute qualité des discussions techniques et pour leurs suggestions qui visent à améliorer les documents du Comité régional. Il a formulé l’espoir qu’une fois les documents révisés examinés et adoptés par le Comité régional, les gouvernements et les autres partenaires du développement sanitaire s’empresseront de mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées, afin de garantir un impact positif sur l’état de santé des populations de la Région africaine. Il a également formulé l’espoir que les membres du Sous-Comité du Programme partageront les résultats de la réunion avec leurs ministres de la santé. Le Directeur régional a souhaité à tous les participants un bon voyage de retour dans leurs pays respectifs.

156. Le Directeur régional a remercié le Secrétariat et les interprètes pour l’excellente qualité du travail accompli, qui a contribué au succès de la réunion.

157. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

**ANNEXE 1**

**LISTE DES PARTICIPANTS**

**AFRIQUE DU SUD**

Dr Yogan Pillay  
Chief Director  
P/Bag x818  
Pretoria

**KENYA**

Dr Nathan Mugisha\*  
Director Health Services (Clinical &  
Community)

**ALGÉRIE**

Prof. Khireddine Khelfat  
Conseiller auprès du Ministre  
de la Santé, de la Population et de  
la Réforme hospitalière, Alger

**OUGANDA**

Dr Samuel Zaramba Musa  
Director General of Health Services  
Ministry of Health, Kampala

**ANGOLA**

Dr Elsa Maria da Conceição Ambriz  
Médica Ginecologista/obstetra, Luanda

**SEYCHELLES**

Dr Bernard Valentin  
Special Advisor to the Minister  
P.O. Box 52, Mahe

**BÉNIN**

Dr Benoit G. Honoré Faïhun  
Secrétaire général du Ministère  
de la Santé, Bénin

**SIERRA LEONE**

Dr Prince Albert T. Roberts  
Deputy Chief Medical Office – PHC  
Ministry of Health and Sanitation  
4<sup>th</sup> Floor, Youyi Building, Brookfields  
Freetown

---

\* N'a pas pu participer.

**SWAZILAND**

Dr S. V. Magagula  
Deputy Director of Health – Clinical,  
P.O. Box 5  
Mbabane

**TANZANIE**

Dr Zachary A. Berege  
Director of Hospital Services  
Ministry of Health and Social Welfare  
P.O. Box 9083  
Dar-es-Salaam

**TOGO**

Dr Potougnima Tchamdja  
Directeur général de la Santé,  
BP 336  
Lomé

**ZAMBIE**

Dr Victor M. Mukonka  
Director Public Health & Research,  
Ministry of Health,  
P.O. Box 32588  
Lusaka

**ZIMBABWE**

Dr Stanley M. Midzi  
Deputy, Director Disease Prevention  
and Control,  
Ministry of Health and Child Welfare,  
Box CY 1122  
Harare

**MEMBRES DU CONSEIL EXÉCUTIF**

Dr Sidy Diallo\*  
Supléant au E.B.  
Mali

Dr S. Tornorlah Varpilah\*  
Deputy Ministry for Planning Research and  
Development  
Liberia

**COMITÉ CONSULTATIF AFRICAIN  
POUR LA RECHERCHE  
ET LE DÉVELOPPEMENT  
SANITAIRES**

Dr Sylvain Shunker Manraj\*  
Maurice

---

\* N'a pas pu participer.

**ANNEXE 2**

**ORDRE DU JOUR**

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC57/PSC/1)
4. Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/3)
5. Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)
6. Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/5)
7. Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/6)
8. Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/7)
9. Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités (document AFR/RC57/PSC/8)
10. Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/9)
11. Budget Programme de l'OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/10)
12. Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/11)
13. Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/12)
14. Déterminants sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/13)
15. Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC57/PSC/14)
16. Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incidences pour la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)
17. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24 (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/1)
18. Examen des projets de résolution
19. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/15)
20. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
21. Clôture de la réunion.

**ANNEXE 3**

**PROGRAMME DE TRAVAIL**

**1<sup>er</sup> JOUR : MARDI 19 JUIN 2007**

10 h00 – 10h10	<b>Point 1 de l'ordre du jour</b>	Ouverture de la réunion
10h10 – 10h20	<b>Point 2 de l'ordre du jour</b>	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h20 – 10h30	<b>Point 3 de l'ordre du jour</b>	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC57/PSC/1)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 12h30	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)
15h30 – 17h00	<b>Point 6 de l'ordre du jour</b>	Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/5)
17h00 – 17h30	<b>Point 7 de l'ordre du jour</b>	Accélération de l'élimination de la cécité évitable : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/6)

**2<sup>ème</sup> JOUR : MERCREDI 20 JUIN 2007**

9h00 – 10h00	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b>	Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/7)
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 – 11h30	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b>	Renforcement des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS : Réalités et opportunités (document AFR/RC57/PSC/8)

11h30 – 13h00	<b>Point 10 de l'ordre du jour</b>	Développement des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/9)
13h00 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	<b>Point 12 de l'ordre du jour</b>	Tuberculose et VIH/SIDA : Une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/11)
15h30 – 16h45	<b>Point 13 de l'ordre du jour</b>	Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/12)
17h00	<i>Cocktail</i>	

**3<sup>ème</sup> JOUR : JEUDI 21 JUIN 2007**

9h00 – 10h00	<b>Point 11 de l'ordre du jour</b>	Budget Programme de l'OMS POUR 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/10)
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 – 11h30	<b>Point 14 de l'ordre du jour</b>	Déterminant Sociaux clés de la santé : Appel en faveur d'une action inter-sectorielle pour améliorer la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC57/PSC/13)
11h30 – 13h00	<b>Point 15 de l'ordre du jour</b>	Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC57/PSC/14)
13h00 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 15h30	<b>Point 16 de l'ordre du jour</b>	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS : Incident pour la Région africaine (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/2)
15h30 – 16h30	<b>Point 17 de l'ordre du jour</b>	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Progrès réalisés par le Groupe de Travail intergouvernemental chargé de faciliter la mise en œuvre de la résolution WHA59.24 (document AFR/RC57/PSC/INF.DOC/1)



16h30 – 16h45	<i>Pause-café</i>	
16h45 – 17h15	<b>Point 13 de l'ordre du jour</b>	Révision de la composition et du mandat du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/12) <b>(suite)</b>

**4<sup>ème</sup> JOUR : VENDREDI 22 JUIN 2007**

8h30 – 9h30	<b>Point 18 de l'ordre du jour</b>	Examen des projets de résolutions
9h30 – 10h00	<i>Pause-café</i>	
10h00 – 11h00	<b>Point 19 de l'ordre du jour</b>	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC57/PSC/15)
11h00 – 11h30	<b>Point 20 de l'ordre du jour</b>	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	<b>Point 21 de l'ordre du jour</b>	Clôture de la réunion

**PROJET DE RÉSOLUTION**

**RÉSURGENCE DU CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRICAINE :  
SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**  
(document AFR/RC57/PSC/3)

Le Comité régional,

Conscient de l'aggravation de la situation du choléra depuis le début des années 1990 dans la Région africaine et de ses liens avec la pauvreté et le sous-développement;

Reconnaissant la complexité de la prévention et du contrôle du choléra avec la participation des différents secteurs, de la société civile, des municipalités et des communautés;

Conscient de la nécessité de programmes multisectoriels nationaux pour garantir l'accès universel à l'eau potable et à l'assainissement;

Reconnaissant la nécessité de mettre en place un mécanisme national de coordination de la lutte contre le choléra, mécanisme au sein duquel seraient représentés les secteurs gouvernementaux clés (santé, eau, assainissement, pêche, environnement, agriculture, intérieur, éducation), les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les partenaires internationaux;

Préoccupé par le caractère réactionnel de la réponse du secteur de la santé qui prend souvent la forme d'une intervention d'urgence;

Ayant examiné le document intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS» : Situation actuelle et perspectives» ainsi que le rapport du Sous-Comité sur la question :

1. APPROUVE le rapport intitulé «Résurgence du choléra dans la Région africaine de l'OMS : Situation actuelle et perspectives»;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres:
  - a) de mener le plaidoyer en faveur de la mobilisation de fonds pour le renforcement des programmes d'approvisionnement en eau potable et en aliments sains et d'hygiène du milieu en vue d'améliorer la couverture par ces services;
  - b) d'intensifier le plaidoyer en faveur de l'inclusion de la prévention et du contrôle du choléra dans les priorités gouvernementales, afin d'assurer une coordination multisectorielle associant les secteurs clés (santé, eau, assainissement, pêche, environnement, agriculture, intérieur, éducation), les organisations non gouvernementales, la société civile et les partenaires internationaux;

- c) d'accorder une haute priorité à l'élaboration de plans multisectoriels intégrés à moyen et long termes pour remédier à la situation du choléra dans leurs pays;
  - d) de renforcer les capacités nationales dans les domaines de la surveillance, du dépistage précoce, des investigations, de la confirmation en laboratoire, du partage de l'information et d'une riposte efficace, y compris la prise en charge des cas, en vue d'endiguer rapidement toute flambée de choléra;
  - e) de diffuser des matériels de promotion sanitaire adaptés au contexte socioculturel, qui ciblent différents publics pour promouvoir l'hygiène personnelle et les comportements favorables à la santé, et changer les comportements entraînant un risque de choléra.
3. PRIE le Directeur régional :
- a) de continuer à appuyer les pays dans le renforcement des capacités nationales en leur fournissant des lignes directrices et des protocoles techniques à jour;
  - b) de fournir un appui technique pour l'élaboration, l'exécution et l'évaluation de plans intégrés et exhaustifs sur la prévention et le contrôle du choléra;
  - c) d'œuvrer avec les partenaires à la mobilisation de ressources pour le financement de la mise en œuvre de ces plans;
  - d) d'appuyer les efforts consentis par les États Membres pour suivre les progrès réalisés dans la prévention et le contrôle du choléra dans leurs pays respectifs.

## PROJET DE RÉSOLUTION

### SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/PSC/4)

Le Comité régional,

Ayant présent à l'esprit que la Constitution de l'OMS fait de la sécurité sanitaire des aliments une composante du mandat de l'Organisation;

Rappelant la résolution WHA 53.15 (mai 2000) de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a reconnu la sécurité sanitaire des aliments comme l'une des fonctions essentielles de la santé publique;

Considérant que les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009) soulignent l'importance de la sécurité sanitaire des aliments dans la prévention de la maladie;

Rappelant la résolution AFR/RC53/R5 (septembre 2003) du Comité régional intitulée «Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives»;

Reconnaissant que la plupart des substances qui contaminent les produits alimentaires proviennent de milieux malsains, d'une faible prise de conscience et de la connaissance inadéquate du rôle des toxines, pesticides et agents pathogènes dans la survenance de la maladie;

Préoccupé par le fait que la contamination des produits alimentaires et de l'eau continue à causer jusqu'à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an, entraînant des pertes de 5,7 % à 7,1 % des années de vie corrigées de l'incapacité dans la Région africaine;

Conscient du fait que l'absence de surveillance et de recherche entrave la détection précoce des incidents liés à la sécurité sanitaire des aliments et les interventions fondées sur des bases factuelles;

Approuvant le document AFR/RC57/PSC/4 intitulé «Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) d'inclure la sécurité sanitaire des aliments dans les politiques nationales générales de développement et de mettre en place un cadre juridique pour garantir la sécurité sanitaire des aliments à l'échelle nationale;
- b) d'améliorer les capacités nationales et régionales d'analyse en entreprenant de manière appropriée la formation, le renforcement des capacités et l'élaboration de protocoles et procédures d'assurance-qualité;
- c) de renforcer la recherche et la surveillance des maladies transmises par les aliments dans le cadre des systèmes nationaux et régionaux de surveillance intégrée de la maladie et de riposte;
- d) d'intensifier l'inspection multisectorielle de la sécurité sanitaire des aliments depuis la production jusqu'à la consommation et de veiller activement à l'observation volontaire de cette sécurité;
- e) de définir diverses approches pour mieux sensibiliser les producteurs et faciliter leur participation aux activités portant sur la sécurité sanitaire des aliments et la promotion de l'éducation dans ce domaine, y compris l'intégration de la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de survie de la mère et de l'enfant, ainsi que les milieux – santé, la réduction de la pauvreté et les initiatives de promotion de la santé;
- f) de veiller à la responsabilité individuelle et à la participation des femmes, des communautés et des associations de consommateurs à la prise de décisions;
- g) d'établir des liens et une coordination efficaces entre les organismes chargés de la sécurité sanitaire des aliments, y compris une analyse des responsabilités et des compétences, afin d'éliminer les chevauchements par une clarification des rôles en matière de réglementation;

2. PRIE le Directeur régional :

- a) de poursuivre le plaidoyer auprès des responsables politiques, des partenaires internationaux et des autres acteurs clés intervenant dans le domaine de la sécurité sanitaire et de la sécurité alimentaire;
- b) d'intensifier les efforts conjoints de renforcement des capacités, de définition des normes internationales de contrôle, de participation efficace aux comités pertinents de la Commission du Codex Alimentarius, de contrôle de la contamination des aliments, de partage de l'information, etc.;
- c) d'établir des liens efficaces pour la coopération, la collaboration et la coordination des organismes chargés de la sécurité sanitaire des aliments;
- d) de fournir un appui technique et matériel pour promouvoir la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions;
- e) de faire rapport tous les deux ans au Comité régional de l'Afrique.

## PROJET DE RÉSOLUTION

### LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC57/5)

Le Comité régional,

Conscient de la contribution sans précédent du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) au développement économique et à la réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest;

Ayant présent à l'esprit le risque de résurgence de la maladie en Afrique de l'Ouest;

Préoccupé par le risque de perdre US \$2,5 milliards d'investissements, y compris le coût des dons d'ivermectine pour l'élimination de l'onchocercose dans les pays de l'ex-OCP et les pays couverts par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC);

Considérant les investissements consentis sur une période de 30 ans par les pays touchés de l'ex-OCP et pendant 10 ans par l'APOC et les partenaires de développement dans 19 pays non couverts par l'OCP;

Conscient de la capacité de la simule à voler sur une distance de plus de 400 kilomètres;

Reconnaissant le risque d'une nouvelle invasion des pays qui sont maintenant libérés de l'onchocercose et dans lesquels bon nombre d'activités productives de développement économique ont démarré;

Rappelant la Déclaration de Yaoundé préconisant l'accélération de la lutte contre l'onchocercose et le renforcement de l'engagement financier des pays touchés afin de préserver les acquis de la lutte;

Notant que l'appui des donateurs et le Programme APOC prendront fin d'ici à 2015 :

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres touchés :
  - a) d'inclure les activités de lutte contre l'onchocercose dans les programmes gouvernementaux de développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les approches sectorielles et les mécanismes du budget ordinaire, afin de garantir la viabilité du financement;

- b) de débloquer des fonds, au titre des budgets nationaux, pour accélérer la lutte contre l'onchocercose et préserver les acquis de la lutte contre cette maladie;
  - c) d'intensifier les activités transfrontalières pour renforcer la surveillance et éviter que l'infection se propage dans les zones libérées de l'onchocercose;
  - d) d'intégrer le traitement de l'onchocercose sous directives communautaires dans le système de soins de santé, à tous les niveaux, afin de maintenir une couverture élevée du traitement et de réduire la prévalence de la maladie;
  - e) de soumettre à temps des statistiques et rapports nationaux détaillés au Bureau régional de l'OMS en vue du suivi des progrès réalisés.
2. PRIE le Directeur régional :
- a) de poursuivre le plaidoyer en faveur de la lutte contre l'onchocercose, afin de réaliser l'objectif de l'élimination de cette maladie;
  - b) de fournir un appui technique aux pays pour les aider à intégrer la lutte contre l'onchocercose dans les systèmes de soins de santé;
  - c) de faire rapport au Comité régional en 2008, et par la suite tous les deux ans, sur les progrès accomplis vers l'élimination de la cécité des rivières en Afrique.

## PROJET DE RÉSOLUTION

### PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE : UNE STRATÉGIE DE LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC57/7)

Le comité régional,

Ayant attentivement examiné le rapport du Directeur régional intitulé «Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS»;

Conscient de l'évolution rapide de la prévalence des maladies non transmissibles, dont le diabète, et de leur coexistence avec des maladies transmissibles, constituant une double charge pour les systèmes de santé et un facteur aggravant de l'appauvrissement des populations;

Rappelant les résolutions WHA42.36<sup>1</sup>, WHA53.17<sup>2</sup>, WHA57.16<sup>3</sup>, WHA57.17<sup>4</sup>, EB 120/225,<sup>5</sup> et AFR/RC50/R6<sup>6</sup> et AFR/RC55/R7,<sup>7</sup> qui ont appelé à intensifier la lutte contre le diabète et les maladies cardiovasculaires, ainsi que les efforts consentis par les États Membres et leurs partenaires dans ce domaine;

Rappelant également la pertinence de la prévention primaire et de l'approche intégrée dans la surveillance et la prise en charge des maladies non transmissibles, notamment la lutte contre leurs facteurs de risque communs;

Reconnaissant la nécessité d'une action communautaire durable pour mieux prévenir et contrôler le diabète à tous les niveaux du système de santé, en particulier au niveau primaire;

Reconnaissant également l'importance de la disponibilité et de l'accessibilité permanentes des médicaments aux personnes atteintes de diabète;

Prenant acte de l'engagement du Directeur général à juger l'impact de l'action de l'OMS par les progrès accomplis dans la santé des populations africaines et la santé de la femme;

---

<sup>1</sup> WHA42.36 (1989) : Prévention et lutte contre le diabète sucré.

<sup>2</sup> WHA53.17 (2000) : Lutte contre les maladies non transmissibles.

<sup>3</sup> WHA57.16 (2004) : Promotion de la santé et modes de vie sains.

<sup>4</sup> WHA57.17 (2004) : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

<sup>5</sup> EB 120/22 (2007) : Lutte contre les maladies non transmissibles : Mise en oeuvre de la stratégie mondiale.

<sup>6</sup> AFR/RC50/R4 (2000) : Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine.

<sup>7</sup> AFR/RC55/R4 (2005) : Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives



1. **APPROUVE** la présente stratégie qui vise à mieux prévenir et contrôler le diabète au sein des populations des États Membres afin de réduire la charge de morbidité et de mortalité et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète.

2. **DEMANDE INSTAMMENT** aux États Membres :

- a) de s'engager en faveur de la présente stratégie régionale de prévention et de contrôle du diabète;
- b) d'élaborer ou de renforcer les politiques, plans et/ou programmes nationaux ciblant le diabète et les maladies chroniques au sein de leurs populations;
- c) de renforcer la mobilisation et l'allocation de ressources pour la prévention et le contrôle du diabète et la disponibilité des médicaments;
- d) de conduire des enquêtes en utilisant l'approche STEPwise.

3. **PRIE** le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour les aider à élaborer et à renforcer des politiques et programmes nationaux de lutte contre le diabète et les maladies non transmissibles;
- b) d'intensifier l'appui à la formation des professionnels de la santé à la lutte contre le diabète et les maladies non transmissibles, en évaluant les programmes mis en œuvre dans la Région;
- c) de maintenir et de renforcer la collaboration entre l'OMS et tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le diabète;
- d) de promouvoir la mobilisation de ressources financières additionnelles pour la mise en œuvre de la présente stratégie et les négociations collectives avec les partenaires et les sociétés pharmaceutiques sur la disponibilité, l'accessibilité et l'innocuité des médicaments.

## **PROJET DE RÉSOLUTION**

### **BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2008–2009 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC57/PSC/10)

Le Comité régional,

Ayant examiné le budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la période biennale 2008–2009;

Notant avec satisfaction l'augmentation des fonds de toutes sources dans le budget programme approuvé, qui est nécessaire pour renforcer l'appui de l'OMS au développement sanitaire national;

Notant qu'une part estimée à 4 % du montant total des contributions fixées sera retenue (à hauteur de 3 % par le Directeur général et de 1 % par le Directeur régional) en tant que réserve pour faire face aux dépenses imprévues;

Notant que le budget programme de l'OMS, adopté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, a été préparé par le Directeur général avec la pleine participation de tous les niveaux de l'Organisation et sur la base de l'approche de la gestion fondée sur les résultats;

Notant également les principes directeurs proposés pour l'allocation stratégique des ressources;

Se félicitant des efforts du Directeur général et du Directeur régional visant à allouer des ressources accrues aux objectifs stratégiques prioritaires;

Se félicitant également des efforts du Directeur régional visant à décentraliser davantage les ressources destinées à l'appui aux pays;

1. PREND ACTE des principes directeurs pour la mise en œuvre du budget programme dans la Région africaine;
2. PREND ACTE des allocations destinées au Bureau régional et APPROUVE les allocations destinées aux bureaux de pays de l'OMS;
3. PREND ACTE de la création, par le Directeur général, d'un fonds pour imprévus, constitué de 3 % du budget ordinaire, et APPROUVE la retenue de 1 % par le Directeur régional (d'un montant total d'environ US \$8,5 millions), pour couvrir les dépenses relatives

aux activités non prévues, étant entendu que tout solde non utilisé sera réaffecté aux pays au cours du deuxième semestre de la deuxième année de la période biennale;

4. ADOPTE le document AFR/RC57/PSC/10 intitulé «Budget Programme de l’OMS pour 2008-2009 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine » ;

5. PRIE le Directeur régional :

- a) de veiller à ce que la planification opérationnelle, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation se fassent en étroite collaboration avec les autorités nationales ;
- b) de poursuivre les efforts de mobilisation des fonds au titre des contributions volontaires pour garantir le financement adéquat de la mise en œuvre des plans de travail en vue de la réalisation des objectifs stratégiques prioritaires;
- c) de poursuivre le plaidoyer auprès des donateurs et des partenaires de développement pour qu’ils assouplissent les conditionnalités liées aux contributions volontaires.