



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27–31 août 2007

Point 7.2 de l'ordre du jour provisoire

**SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET SANTÉ : UNE STRATÉGIE
POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Directeur régional

Résumé d'orientation

1. La charge des maladies d'origine alimentaire dans la Région africaine est difficile à évaluer, mais les données disponibles montrent que les diarrhées d'origine alimentaire et hydrique entraînent chaque année le décès d'environ 700 000 personnes, tous âges confondus. Selon les estimations, chaque enfant africain souffre de cinq épisodes de diarrhée par an, causés principalement par des aliments pour nourrissons contaminés. Les contaminants microbiens et chimiques des aliments constituent une source de préoccupation qu'il convient d'apaiser, faute de quoi les pays de la Région auront des difficultés à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé.
2. En dépit des efforts déployés par les gouvernements et les organismes multilatéraux et bilatéraux, les systèmes nationaux de contrôle des aliments présentent encore des faiblesses. L'absence de politiques applicables, de mécanismes de réglementation, de ressources et de coordination pour faire face aux défis qui se posent pourrait en être la cause. Garantir la sécurité sanitaire des aliments est une responsabilité collective qui exige une vision commune de la part de toutes les parties prenantes.
3. La présente stratégie aidera les pays à identifier les défis qui les interpellent en matière de sécurité sanitaire des aliments et à élaborer des plans d'action nationaux prévoyant des interventions spécifiques susceptibles d'aboutir à des résultats tangibles. Les principes directeurs de la stratégie sont notamment l'appropriation et l'impulsion par les pays; la mise en œuvre d'actions globales tenant compte des risques; la coopération et la collaboration intersectorielles; la participation communautaire; le renforcement des systèmes de santé; la responsabilité individuelle; et la participation des femmes et des communautés. Les interventions prioritaires couvrent la formulation et la mise en œuvre de politiques et règlements; le renforcement des capacités dans le domaine de la surveillance des maladies d'origine alimentaire et de l'inspection des aliments; et l'éducation sanitaire. Une attention toute particulière doit être accordée à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de restauration scolaire.
4. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–4
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	5–17
STRATÉGIE RÉGIONALE	18–30
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	31–32
IMPLICATIONS FINANCIÈRES	33
SUIVI ET ÉVALUATION	34
CONCLUSION	35–36

RÉSOLUTION

AFR/RC57/R2 Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région
africaine de l'OMS

INTRODUCTION

1. La sécurité alimentaire se définit comme l'accès physique et économique à des aliments en quantité et qualité suffisantes, qui soient nutritifs et sains pour satisfaire les besoins nutritionnels.¹ La sécurité sanitaire des aliments constitue une partie intégrante de la sécurité alimentaire et elle fait référence à la protection de l'approvisionnement en aliments contre les risques d'origine microbienne, chimique et physique qui peuvent survenir à toutes les étapes de la chaîne alimentaire, notamment la culture, la récolte, la transformation, le transport, la vente au détail, la distribution, la préparation, la conservation et la consommation, afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire. Compte tenu de l'insuffisance des aliments face à la demande sur le continent africain, la majorité des populations se préoccupent uniquement de satisfaire leur faim, sans accorder l'attention voulue à la sécurité sanitaire des aliments.

2. Les bactéries, les parasites et les virus sont les principaux agents des maladies d'origine alimentaire en Afrique. Les flambées de choléra causées par l'eau contaminée sont courantes dans la Région, et les données disponibles montrent une tendance à la hausse.^{2,3} Les zoonoses d'origine alimentaire et la contamination des aliments par les résidus de pesticides et de médicaments vétérinaires constituent également une source de préoccupation. L'environnement comporte de multiples sources de contamination, et les contaminants peuvent s'infiltrer dans les aliments lors de la production, de la récolte, de la conservation, de la vente au détail ou de la préparation en vue de la consommation.

3. Il est impératif qu'une attention soutenue soit accordée à la sécurité sanitaire des aliments dans toutes les situations pour utiliser efficacement le peu d'aliments disponibles. À cet égard, une forte volonté politique et des systèmes appropriés de sécurité sanitaire des aliments sont essentiels, de la production à la consommation. C'est dans cette optique que la résolution AFR/RC53/R5 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, demandant instamment aux pays de renforcer les programmes de salubrité des aliments, a été adoptée en 2003. Depuis lors, beaucoup de pays ont lancé des activités en vue d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments.

4. La présente stratégie de sécurité sanitaire des aliments entend consolider les acquis et offrir un cadre pour la protection de la santé publique et la promotion du développement économique par la réduction de la charge des maladies d'origine alimentaire.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

5. L'incidence des diarrhées d'origine alimentaire et hydrique est estimée à cinq épisodes de diarrhée par enfant par an.⁴ En raison de la contamination microbienne, il existe un lien entre l'utilisation des aliments de complément et l'augmentation des cas de diarrhée.⁵ Le nombre de

¹ FAO, Rapport du Sommet mondial de l'alimentation, Rome, 13–17 novembre 1996, Organisation de Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1996, <http://www.fao.org/dorep/003/w3548f/w3548f000.htm>, date de consultation: 17 novembre 2006.

² Brankett RE, Incidence, contributing factors and control of bacterial pathogens in produce, *Postharvest Biology and Technology* 15: 305–311, 1999.

³ WHO, Annual summary report on major outbreaks/epidemics in the African Region, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, Division of Communicable Disease Prevention and Control, 2005, unpublished.

⁴ Koesk M et al, The global burden of diarrhoeal diseases, as estimated from studies published between 1992 and 2000, *Bulletin of the World Health Organization* 81: 197–204, 2003.

⁵ Mensah P et al, Microbial quality of infant foods from peri-urban Ghana, *African Journal of Health Sciences* 2: 282–286, 1995.

décès imputables chaque année à la diarrhée, tous âges confondus, est estimé à environ 700 000. Les déplacements massifs de populations et les facteurs contribuant à l'insalubrité de l'environnement aggravent la situation quand surviennent des urgences.

6. En 2004, une flambée d'aflatoxicose aiguë causée par la consommation de maïs contaminé au Kenya s'est soldée par 317 cas de maladie et 125 décès.⁶ Des traces de plomb et d'autres contaminants chimiques ont été détectées dans certains aliments dans plusieurs pays.^{7, 8}

7. Non seulement les aliments contaminés sont nocifs pour la santé, mais ils entraînent également des conséquences économiques qui procèdent de l'absentéisme, du paiement de frais médicaux et des pertes dans les échanges internationaux. Au Nigéria, la *Food and Drug Administration* a détruit des aliments contaminés à l'aflatoxine, d'une valeur de plus de US \$200 000.⁹ Selon les données disponibles, une flambée de choléra survenue en Tanzanie en 1998 a entraîné des pertes de l'ordre de US \$36 millions dans les recettes tirées des exportations de poisson vers l'Union européenne (UE).¹⁰ Une interdiction des exportations du poisson ougandais vers les marchés de l'UE en 1997 a aussi entraîné des pertes similaires.¹¹

8. Les années de vie corrigées de l'incapacité, qui sont perdues du fait des diarrhées d'origine alimentaire ou hydrique, sont estimées à 4,1% dans le monde, contre 5,7 % à 7,1 % en Afrique.¹² En dépit de cette situation, les programmes de lutte contre la diarrhée en Afrique accordent peu d'attention à la sécurité sanitaire des aliments qui présente pourtant des avantages pour la santé et l'économie.

9. La préparation, la protection, la vente et la consommation de produits alimentaires provenant de la rue dans des endroits inappropriés sont en pleine expansion. Les aliments de rue constituent un moyen pour les pauvres des zones urbaines de se nourrir et de générer des revenus. Certains de ces aliments sont certes exempts de microbes et constituent d'autres sources d'aliments sains.¹³ Toutefois, la plupart ne répondent pas aux normes, en raison de leur mauvaise manipulation et du non-respect des règles d'hygiène, de l'absence d'eau courante, d'installations de nettoyage et de moyens de réfrigération et de désinfection. L'on se lave rarement les mains, et les aliments sont souvent exposés aux mouches et autres insectes.¹⁴ La préparation des aliments bien avant leur consommation et le fait de les apprêter manuellement constituent des facteurs de risque additionnels. Certains aliments froids tels que les salades, les viandes et les sauces, présentent les risques les plus élevés de transmission de maladies lorsqu'ils sont vendus à la température ambiante.

⁶ CDC, Outbreak of aflatoxin poisoning—Eastern and Central Provinces, Kenya, January–July 2004, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53(34): 790–793, 2004.

⁷ Tomlins KI et al, Enhancing product quality: Street food in Ghana: A source of income, but not without its hazards. *PhAction News* 5–2002, <http://www.iita.org/info/phnews5/mr8.htm>, accessed 5 February 2007.

⁸ Ngengerio-Ndossi JP, Cram G, Pesticide residues in table-ready foods in Tanzania, *International Journal of Environmental Health Research and Public Health* 15(2): 143–149, 2005.

⁹ Anyanwu RC, Jukes DJ, Food safety control systems for developing countries, *Food Control* 1:1726–1736, 1990.

¹⁰ http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990323_wmo.html, accessed 5 February 2007.

¹¹ <http://www.iso.org/iso/en/commcentre/presentations/wkshps-seminars/casco/casdev2003/casdev2003SamuelBalagadde-slides.pdf>, accessed 5 February 2007.

¹² OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2003: Façonner l'avenir*, Tableau 3 de l'Annexe, pp. 170-175, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

¹³ Mosupye FM, von Holy A, Microbiological quality and safety of ready-to-eat street-vended foods in Johannesburg, South Africa, *Journal of Food Protection* 62(11):1278–1284, 1999.

¹⁴ Mensah P et al, Street foods from Accra, Ghana: How safe are they?, *Bulletin of the World Health Organization* 80(7): 549–554, 2002.

10. Peu de pays disposent de systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire. Seuls l'Afrique du Sud, le Cameroun, l'Éthiopie, Madagascar, le Nigéria et le Sénégal fournissent des données à *Global Salm-Surv*, réseau international de laboratoires et de particuliers intervenant dans la surveillance, l'isolement, l'identification et les tests de résistance de la bactérie *Salmonella* et d'autres agents pathogènes d'origine alimentaire aux antimicrobiens. Le renforcement des capacités dans les domaines de la surveillance et des examens microbiologiques et chimiques des aliments est en cours dans 12 pays.

11. Il ressort des données émanant des États Membres de la Région africaine de l'OMS que 45 pays ont proposé une législation sur le contrôle des aliments, mais seuls 13 d'entre eux ont promulgué des lois à cet effet.¹⁵ Les données fournies par 36 pays, dans le cadre d'une enquête récente, ont montré que 29 d'entre eux disposent d'autorités nationales de régulation, chargées de définir les normes alimentaires, en s'inspirant des lignes directrices du Codex Alimentarius.¹⁶ Quelques pays ont des lois régissant les résidus de pesticides, les additifs alimentaires, les contaminants, les biotoxines et les aliments génétiquement modifiés. Sur les 26 pays qui ont fourni des données, 21 possèdent des systèmes d'inspection et de certification des importations et des exportations, mais la plupart ne contrôlent que les produits d'exportation.

12. Les aliments génétiquement modifiés, qui sont des produits alimentaires contenant une certaine quantité d'organismes génétiquement modifiés (OGM), à titre d'ingrédient, ont fait l'objet de longues discussions dans la Région africaine lors de la famine qui a touché l'Afrique australe en 2007.¹⁷ Les OGM présentent certains avantages potentiels, notamment l'accroissement du rendement agricole, du fait de la résistance aux maladies des plantes, et l'amélioration de la valeur nutritive comme dans le cas du riz enrichi en vitamine A. Un certain nombre de préoccupations ont été exprimées quant à la sécurité sanitaire, aux effets sur l'environnement, au déplacement des stocks traditionnels et à la perte irréversible du matériel génétique traditionnel. L'on peut trouver des variétés génétiquement modifiées de maïs, de sorgho, de soja, de coton, de fruits et de légumes dans certains pays. Compte tenu du manque de laboratoires d'analyse des produits alimentaires vendus sur le marché, il est difficile d'évaluer le niveau de consommation des OGM en Afrique, ainsi que de contrôler les importations de produits alimentaires pour éviter que les marchés ne soient inondés de produits impropres à la consommation humaine.

13. Les Principes du Codex Alimentarius couvrent la sécurité sanitaire des aliments et l'évaluation des risques, alors que le Protocole de Carthage sur la biodiversité vise le respect de l'environnement.¹⁸ Seuls quelques pays ont mis en place des cadres réglementaires pour les denrées alimentaires issues de la biotechnologie moderne, notamment les aliments génétiquement modifiés. Le Comité du Codex sur l'étiquetage des denrées alimentaires est resté saisi de la question de l'étiquetage pendant plus de dix ans. Certains États tels que l'Afrique du Sud et l'Éthiopie disposent d'une réglementation sur l'étiquetage, tandis que d'autres n'acceptent pas les aliments génétiquement modifiés.

14. Dans la Région africaine, la réglementation de la sécurité sanitaire des aliments relève de plusieurs ministères ou départements dans certains pays, d'où des chevauchements, étant donné que les responsabilités ne sont pas souvent clairement réparties. Le manque de collaboration et de

¹⁵ FAO, National food control systems in Africa—A situation analysis, a paper presented at the FAO/WHO Regional Conference on Food Safety for Africa, Harare, Zimbabwe, 3-6 October 2005, Accra, Food and Agriculture Organization, Regional Office for Africa.

¹⁶ WHO, Status of Food Safety Programmes in the WHO African Region, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, 2006, unpublished.

¹⁷ WHO, Modern food biotechnology, human health and development : an evidence-based study, Geneva, World Health Organization, 2005.

¹⁸ <http://www.biodiv.org/biosafety/signinglist/asp> (25 mai 2005).

coordination entraîne des conflits, des doubles emplois et une utilisation inefficace des ressources humaines, matérielles et financières.

15. Au nombre des défis associés à la sécurité sanitaire des aliments dans la Région africaine, il y a lieu de citer 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 producteurs à offrir des aliments sains; l'obsolescence de la réglementation sur les aliments et l'application inadéquate des lois pertinentes; les capacités limitées en matière de sécurité sanitaire des aliments; et l'insuffisance de la collaboration entre les différents acteurs.

Justification

16. Les aliments sont essentiels pour la prospérité, la santé et le bien-être social des individus et des sociétés. L'amélioration de la sécurité sanitaire des aliments contribuera donc à alléger la charge des maladies d'origine alimentaire, à réduire la pauvreté et à réaliser les OMD 1, 4 et 8.

17. À l'occasion de diverses réunions, les États Membres ont exprimé leur volonté d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments. En mai 2000, la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité la résolution WHA53.15 sur la salubrité des aliments, qui en faisait une préoccupation de santé publique. La Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments a été entérinée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2002. La dynamique ainsi créée a été accélérée par la Conférence régionale FAO/OMS sur la sécurité sanitaire des aliments, qui a recommandé un plan stratégique quinquennal, pour adoption par les Nations Unies et l'Union africaine en 2006. Par ailleurs, le document du Bureau régional intitulé *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009* insiste sur l'importance de la sécurité sanitaire des aliments dans la prévention des maladies. La stratégie présentée ci-après consolide les lignes directrices existantes, afin de mettre à la disposition des pays un document unique.

STRATÉGIE RÉGIONALE

But

18. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux aliments contaminés.

Objectifs

19. Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants :

- a) Fournir une plate-forme pour le plaidoyer en faveur de la sécurité sanitaire des aliments;
- b) Fournir aux États Membres un cadre pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales sur la sécurité sanitaire des aliments;
- c) Renforcer les systèmes de contrôle des aliments, notamment la surveillance des maladies d'origine alimentaire et le contrôle de la qualité des aliments en vue de prévenir, de détecter et de gérer les situations d'urgence;
- d) Favoriser la collaboration et les partenariats intersectoriels en vue de promouvoir la sécurité sanitaire des aliments.

Principes directeurs

20. La mise en œuvre de cette stratégie s'appuiera sur son *appropriation et son impulsion par les pays*, dans *l'équité et la justice*.

21. *La mise en œuvre d'actions globales, intégrées et tenant compte des risques*, en appliquant le modèle dit «de la fourche à la fourchette», ainsi que des approches axées sur les risques telles que l'Analyse des Risques-Points critiques pour leur Maîtrise (HACCP), le long de la chaîne alimentaire. Les pays doivent veiller à la responsabilisation des producteurs, opérateurs intervenant dans la transformation, détaillants et consommateurs, afin de faciliter le respect volontaire de la réglementation sur la sécurité sanitaire des aliments, au lieu de mettre l'accent sur la détection des manquements passibles de sanctions.

22. *La coordination, la coopération et la collaboration intersectorielles* permettent d'associer tous les acteurs des différents niveaux de l'administration, du secteur privé et des partenariats internationaux à la préparation, à la planification et à la mise en œuvre des interventions. Une telle approche devrait reposer sur une définition claire des rôles, responsabilités et mandats respectifs.

23. *La responsabilité individuelle, la participation des femmes et des communautés* font intervenir les populations, les consommateurs, la société civile, et notamment les femmes, dans le processus de prise de décisions. Des initiatives telles que l'*Initiative Villes-Santé* et les projets *Marchés-Santé* assurent l'appropriation et la viabilité des interventions.

Interventions prioritaires

24. Les interventions prioritaires proposées reposent sur le modèle «de la fourche à la fourchette» et s'appliquent également aux situations d'urgence. Compte tenu de l'importance des liens, les interventions doivent obéir à une approche fondée sur la coordination et la collaboration.

25. *Des politiques et programmes, des lois et règlements sur la sécurité sanitaire des aliments* seront élaborés pour garantir la sécurité sanitaire des aliments, de la production à la consommation. Des plans d'action nationaux seront aussi élaborés pour mettre en place des mécanismes de promotion de la participation intersectorielle aux interventions en faveur de la sécurité sanitaire des aliments. À cette fin, dans la planification des politiques et stratégies reposant sur des bases factuelles et susceptibles d'avoir un impact direct sur la mise en œuvre des plans de sécurité sanitaire des aliments, il faudra notamment promouvoir l'interaction avec les autres secteurs, en particulier les secteurs de l'eau et de l'assainissement, et mettre en place des programmes de prise en charge des cas.

26. Il sera nécessaire d'adopter une législation sur les aliments, qui contribue à poser les jalons des programmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et qui joue un rôle central dans l'orientation des efforts de contrôle des aliments déployés par les inspecteurs. L'engagement des pouvoirs publics est indispensable pour une révision complète des lois, règlements et normes de sécurité sanitaire des aliments, ainsi que pour l'harmonisation des normes nationales et internationales.

27. *Le renforcement des capacités* sera engagé et intensifié pour garantir la disponibilité des compétences nécessaires pour le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sur le marché. La surveillance des contaminants microbiologiques et chimiques sera renforcée pour rassurer les populations quant à la sécurité sanitaire des aliments, identifier les risques potentiels et fournir

des données pertinentes aux autorités de régulation. Les capacités seront également renforcées dans le domaine de la surveillance et de la recherche sur les maladies d'origine alimentaire, en vue de la production de données utiles dans la détection précoce des flambées et l'organisation rapide de la riposte, l'estimation de la charge des maladies, l'évaluation des programmes, le plaidoyer, la prise de décisions et l'affectation des ressources. En tant qu'objectif essentiel de santé publique, le renforcement des capacités ciblera également les laboratoires publics pour que ceux-ci soient en mesure d'assurer aussi bien la surveillance en laboratoire que la surveillance épidémiologique, dans le cadre des systèmes de surveillance intégrés mis en place aux niveaux national et régional.

28. L'inspection des aliments sera renforcée pour en faire une partie intégrante des systèmes de contrôle des aliments, afin de garantir la stricte application de la législation et des politiques régissant la sécurité sanitaire des aliments. Pour assurer une participation efficace, y compris l'harmonisation des normes nationales, les capacités seront également renforcées dans le domaine des activités et procédures de la Commission du Codex Alimentarius.

29. Des systèmes et procédures transparents de **promotion de la santé** seront établis pour s'assurer que les producteurs, les opérateurs intervenant dans la transformation, les détaillants, les consommateurs et les autres acteurs de la chaîne alimentaire reçoivent des informations pertinentes sur la saine manipulation des aliments, ainsi que sur les urgences concernant la sécurité sanitaire des aliments. Une attention toute particulière doit être accordée à la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de restauration scolaire.

30. *La coopération, la collaboration et la coordination aux niveaux national, régional et international sont essentielles.* Les gouvernements, l'industrie alimentaire, les secteurs public et privé, les consommateurs et les autres acteurs mettront en place des systèmes qui favorisent la concertation. Des conseils seront donnés aux pays pour qu'ils puissent mieux participer à l'élaboration des normes internationales, afin de s'assurer que toutes les parties bénéficient du processus, et pas uniquement celles qui assistent aux réunions du Codex. Le lien intrinsèque entre la sécurité alimentaire, la qualité et la sécurité sanitaire des aliments requiert une étroite collaboration entre l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et le Programme alimentaire mondial, afin de garantir la prise en compte des questions de santé dans la mise en œuvre des interventions.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Rôles et responsabilités des pays

31. Les gouvernements sont instamment invités à :

- a) Inclure la sécurité sanitaire des aliments dans l'ensemble des plans de développement et politiques sanitaires mis en place à l'échelle nationale, et fournir un cadre juridique pour garantir la sécurité sanitaire des aliments;
- b) Renforcer les capacités nationales d'analyse pour les besoins de surveillance et de recherche sur les maladies d'origine alimentaire, en entreprenant de manière appropriée la formation, le renforcement des capacités et l'élaboration de protocoles et procédures d'assurance-qualité, ainsi que les services d'inspection et la certification des exportations et des importations;

- c) Définir diverses approches pour mieux sensibiliser le consommateur et accroître sa participation aux activités de promotion de la sécurité sanitaire des aliments, notamment l'éducation dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments;
- d) Établir des liens efficaces et promouvoir une meilleure coordination entre les organismes chargés de la sécurité sanitaire des aliments, en vue d'analyser les responsabilités et les capacités, et d'éliminer les chevauchements par une clarification des rôles en matière de régulation.

Organisation mondiale de la Santé et partenaires

32. Au titre de l'appui aux pays, l'OMS et les partenaires doivent :

- a) Entreprendre le plaidoyer auprès des décideurs, des partenaires internationaux et des autres acteurs clés, en vue de l'augmentation des ressources;
- b) Définir des normes, règles et directives, en vue de leur adaptation et de leur utilisation;
- c) Proposer des options fondées sur des bases factuelles pour la sécurité sanitaire des aliments;
- d) Fournir un appui technique et matériel pour promouvoir la planification, ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions prioritaires;
- e) Faciliter une participation efficace aux comités compétents de la Commission du Codex Alimentarius;
- f) Intensifier les efforts conjoints de renforcement des capacités, de définition des normes internationales, de contrôle de la contamination des aliments, y compris la création de laboratoires régionaux de référence, de partage de l'information, etc.;
- g) Faciliter l'établissement de liens efficaces, la coopération, la collaboration et la coordination entre les organismes chargés de la sécurité sanitaire des aliments.

IMPLICATIONS FINANCIÈRES

33. La mise en œuvre de la présente stratégie requiert des ressources financières, matérielles et humaines. Les pays affectent certes des ressources à la sécurité sanitaire des aliments, mais ces ressources sont généralement insuffisantes. Les États Membres pourraient être amenés à réaffecter les ressources existantes ou à mobiliser des fonds additionnels pour faciliter le processus de mise en œuvre.

SUIVI ET ÉVALUATION

34. Au nombre des principaux indicateurs à utiliser pour le suivi et l'évaluation, il y a lieu de citer les tendances de la morbidité due aux maladies d'origine alimentaire; la réduction de la mortalité associée aux maladies d'origine alimentaire; l'existence et l'application des politiques et de la législation régissant la sécurité sanitaire des aliments; et l'existence de programmes d'éducation dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments.

CONCLUSION

35. Parmi les défis associés à la sécurité sanitaire des aliments dans la Région africaine figurent le faible niveau d'engagement; 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 producteurs à offrir des aliments sains; l'obsolescence de la réglementation sur les aliments et l'application inadéquate des lois pertinentes; les capacités limitées en matière de sécurité sanitaire des aliments; et l'insuffisance de la collaboration entre les différents acteurs. Un certain nombre d'interventions prioritaires ont été proposées pour améliorer la sécurité sanitaire des aliments et contribuer ainsi à la promotion de la santé publique, à l'essor du commerce des produits alimentaires, à la promotion d'un développement économique soutenu, et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé.

36. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée.