

**Cinquante-quatrième session
du
Comité régional de l’OMS
pour l’Afrique**

Brazzaville, République du Congo, 30 août – 3 septembre 2004

Rapport final



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

**Cinquante-quatrième session
du
Comité régional de l’OMS
pour l’Afrique**

Brazzaville, République du Congo, 30 août – 3 septembre 2004

Rapport final

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

Brazzaville • 2004

AFR/RC54/19

©
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2004)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous les droits réservés.

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

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

Imprimé en République du Congo

SOMMAIRE

	Page
ABRÉVIATIONS	viii
PARTIE I : DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS	
DÉCISIONS DE PROCÉDURE	
Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations	3
Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs.....	3
Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	3
Décision 4 : Vérification des Pouvoirs	4
Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	4
Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante-cinquième session du Comité régional	4
Décision 7 : Ordre du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif	5
Décision 8 : Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif.....	5
Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé	5
Décision 10 : Choix des sujets des Tables rondes de 2005	6
Décision 11 : Dates et lieux des cinquante-cinquième et cinquante-sixième sessions du Comité régional.....	7
Décision 12 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Dévelop- pement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP).....	7
Décision 13 : Désignation de représentants de la Région africaine au Conseil d'Administration du partenariat pour Faire reculer le paludisme	7

RÉSOLUTIONS

AFR/RC54/R1	: Désignation du Directeur régional.....	8
AFR/RC54/R2	: Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014	8
AFR/RC54/R3	: Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire	10
AFR/RC54/R4	: Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives.....	12
AFR/RC54/R5	: Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà.....	14
AFR/RC54/R6	: Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse.....	16
AFR/RC54/R7	: Projet de Budget Programme 2006–2007.....	19
AFR/RC54/R8	: Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine.....	19
AFR/RC54/R9	: Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique.....	21
AFR/RC54/R10	: Hommage au Dr Ebrahim M. Samba.....	24
AFR/RC54/R11	: Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif.....	24
AFR/RC54/R12	: Motion de remerciements	26

PARTIE II : RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

Paragrophes

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE	1 – 25
ORGANISATION DES TRAVAUX.....	26 – 33
Composition du Sous-Comité des Désignations.....	26

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs.....	27
Adoption de l'ordre du jour.....	28
Adoption de l'horaire de travail.....	29
Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.....	30 – 33
ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2002–2003 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC54/2).....	34 – 85
Adoption du rapport biennal.....	85
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (documents AFR/RC54/6, AFR/RC54/7 et AFR/RC54/8).....	86 – 102
Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC54/6).....	87 – 95
Ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif, de la Cinquante- Huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-cinquième session du Comité régional (document AFR/RC54/7).....	96 – 100
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC54/8)	101 – 102
DÉSIGNATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL	103 – 111
Expression de gratitude et orientations pour l'avenir par le Dr Luis G. Sambo	104 – 111
RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC54/10).....	112 – 176
Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11 Rév. 1).....	115 – 126
Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC54/12 Rév. 1).....	127 – 137
Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13 Rév. 1).....	138 – 150

Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14 Rév. 1).....	151 – 164
Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15 Rév. 1).....	165 – 176
PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006-2007 (document AFR/RC54/3).....	177 – 190
ONZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL 2006–2007 (document AFR/RC54/4).....	191 – 196
DOCUMENTS FOURNIS POUR INFORMATION.....	197 – 219
Lutte contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/5).....	197 – 202
Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique (document AFR/RC54/INF.DOC/6).....	203 – 208
Élimination de la lèpre dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/2).....	209 – 212
Élimination de la filariose lymphatique dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC54/INF.DOC/3).....	213 – 215
Consultation régionale sur la révision du Règlement sanitaire international (document AFR/RC54/INF.DOC/4).....	216 – 219
TABLE RONDE (document AFR/RC54/RT/1).....	220 – 223
Choix de sujets des Tables rondes de 2005 (document AFR/RC54/20).....	222
Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2005 (document AFR/RC54/20).....	223
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-CINQUIÈME ET CINQUANTE-SIXIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC54/17).....	224 – 225
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ REGIONAL (document AFR/RC54/19).....	226

CLÔTURE DE LA CINQUANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL.....	227 – 238
Remarques de clôture du Directeur régional.....	227 – 230
Hommage au Dr Ebrahim M. Samba.....	231 – 233
Motion de remerciements.....	234
Allocution du Président et clôture de la session.....	235 – 238

PARTIE III : ANNEXES

	Page
1. Liste des participants.....	77
2. Ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional.....	93
3. Programme de travail.....	96
4. Rapport du Sous-Comité du Programme.....	101
5. Rapport de la Table ronde.....	125
6. Allocution du Dr Alain Moka, Ministre de la Santé et de la Population de la République du Congo.....	129
7. Allocution du Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé d’Afrique du Sud, Présidente de la cinquante-troisième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique	132
8. Allocution de Monsieur Isidore Mvouba, Ministre d’État, chargé de la Coordination de l’Action gouvernementale, Ministre des Transports et des Privatisations de la République du Congo.....	136
9. Allocution du Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l’Organisation mondiale de la Santé	139
10. Allocution de Madame Elisabeth Tankeu, Commissaire en charge du Commerce et de l’Industrie, Représentante de la Commission de l’Union africaine.....	146
11. Allocution du Dr Saley Mecky, Ministre de la Santé de l’Érythrée, Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional.....	150
12. Projet d’ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional	154
13. Liste des documents.....	156

ABRÉVIATIONS

ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant le commerce
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
AMDS	Service de médicaments et de diagnostics pour le SIDA
APADOC	Alliance des Parents, des Adolescents et des Communautés
ARV	Antirétroviraux
CCARDS	Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires
DOTS	Traitement de courte durée sous observation directe
DTC	Diphtérie, tétanos, coqueluche
GFTAM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
JNV	Journée nationale de la vaccination
IST	Infection sexuellement transmissible
NEPAD	Nouveau partenariat pour le Développement de l'Afrique
ODM	Objectifs du Millénaire pour le développement
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
PFA	Paralysie flasque aiguë
PGT	Programme général de Travail
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
RPM	Réunion régionale du Programme
RSI	Règlement sanitaire international
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise humaine
SNIS	Systèmes nationaux d'information sanitaire
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
UA	Union africaine
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour la Science et la Culture
UNIFEM	Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

PARTIE I

**DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS**

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Constitution du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations, qui s'est réuni le lundi 30 août 2004, était composé des représentants des États Membres suivants : Angola, Bénin, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Lesotho, Mauritanie, Sénégal, Seychelles, Togo.

Le Sous-Comité a élu Président le Dr Mohammed Lemine Ould Selmane, Ministre de la Santé de la République de Mauritanie.

Première séance, 30 août 2004

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

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

Président : Dr Saleh Meky,
Ministre de la Santé de l'Érythrée

1^{er} Vice-Président : Dr B. Mosso Ramos,
Ministre de la Santé du Cap-Vert

2^{ème} Vice-Président : Mme Aziza Baroud,
Ministre de la Santé du Tchad

Rapporteurs : Prof. Abel Dushimimana,
Ministre de la Santé du Rwanda

Dr Brian Chituwo,
Ministre de la Santé de la Zambie

Dr Vilfrido Santana,
Ministre de la Santé de Sao Tomé et Principe

Deuxième séance, 30 août 2004

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

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 États Membres suivants : Algérie, Cameroun, Comores, Éthiopie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Madagascar, Malawi, Namibie, Sierra Leone, Tanzanie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 30 août 2004. Les délégués des États Membres suivants étaient présents : Algérie, Cameroun, Comores, Éthiopie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Madagascar, Malawi, Namibie, Sierra Leone, Tanzanie et Zimbabwe.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président, le Dr Guirma Azene, Responsable de la Planification et de la Programmation, Chef de la Délégation de l'Éthiopie.

Deuxième séance, 30 août 2004

Décision 4 : Vérification des Pouvoirs

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

Le Libéria n'a pas participé.

Deuxième séance, 30 août 2004

Décision 5 : Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme

Le mandat des pays ci-après au sein du Sous-Comité du Programme vient à expiration à la fin de la cinquante-quatrième session du Comité régional : Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria. Ils seront remplacés par les pays suivants : Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe et Sénégal.

Troisième séance, 30 août 2004

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

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

Huitième séance, 1^{er} septembre 2004

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

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

Huitième séance, 1^{er} septembre 2004

Décision 8 : Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif

Le Comité régional a décidé qu'afin de garantir un équilibre géographique en ce qui concerne les États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif, ces États devaient être divisés en trois sous-régions : Sous-région I, Sous-région II et Sous-région III, correspondant aux groupes géographiques de la Région africaine. Chaque sous-région devrait recevoir deux sièges sur les sept qui reviennent à la Région africaine. Le septième siège deviendra un siège flottant entre les sous-régions. La sous-région devant bénéficier en premier de ce siège flottant sera déterminée par consensus, après quoi ce siège passera par ordre numérique aux autres sous-régions.

Les États Membres actuellement représentés au Conseil exécutif poursuivront leur mandat, les sièges devenant vacants dans chaque sous-région étant remplis conformément aux nouvelles dispositions.

Huitième séance, 1^{er} septembre 2004

Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique sera désigné Vice-Président de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2005. La Région africaine avait désigné le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé pour la dernière fois en mai 2000.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé les délégués des États Membres de la Région africaine pouvant être désignés pour assumer les fonctions suivantes :
 - Présidents des Commissions principales A et B;
 - Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

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

- 3) Selon l'ordre alphabétique anglais, le Kenya et le Lesotho ont désigné leurs représentants devant faire partie du Conseil exécutif à partir de sa cent-quatorzième session, immédiatement après la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Ces délégués se sont joints à ceux du Gabon, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée et de la Guinée-Bissau au titre de la Région africaine.
- 4) Le mandat du Gabon, de la Gambie, du Ghana et de la Guinée expirera à la clôture de la Cinquante-Huitième Assemblée de la Santé. Conformément aux nouvelles dispositions adoptées pour la désignation des membres du Conseil exécutif, ces pays seront remplacés par le Libéria (Sous-Région I), le Rwanda (Sous-Région II) et Madagascar (Sous-Région III). Il est proposé que le septième siège (siège flottant) soit attribué à la Namibie pour le compte de la Sous-Région III car ce pays n'a jamais eu l'occasion de servir au Conseil exécutif.
- 5) Ces nouveaux pays (Libéria, Rwanda, Madagascar et Namibie) participeront à la cent-seizième session du Conseil exécutif en mai 2005 et devront confirmer leur disponibilité au moins six (6) semaines avant la Cinquante-Huitième Assemblée de la Santé.
- 6) La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par la résolution WHA51.26, a décidé que les personnes appelées à siéger au Conseil exécutif le feront en qualité de représentants gouvernementaux techniquement qualifiés dans le domaine de la santé.

Réunion du Comité régional à Genève

- 7) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 16 mai 2005 à 8h30, au Palais des Nations, à Genève, afin de confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-quatrième session. Durant l'Assemblée, une réunion de coordination des délégués africains aura lieu chaque matin.

Huitième séance, 1^{er} septembre 2004

Décision 10 : Choix des sujets des Tables rondes de 2005

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

Table ronde n° 1 : Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine
Président : Sénégal
Président suppléant : Ouganda

Table ronde n° 2 : Inégalités en matière de santé : Un sujet de préoccupation dans la Région africaine
Président : Nigéria
Président suppléant : Mali

Quatorzième séance, 3 septembre 2004

Décision 11 : Dates et lieux des cinquante-cinquième et cinquante-sixième sessions du Comité régional

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a accepté l'aimable invitation du Gouvernement du Mozambique pour tenir sa cinquante-cinquième session à Maputo du 22 au 26 août 2005.

Le Comité régional se prononcera à sa cinquante-cinquième sessions sur les dates et le lieu de la cinquante-sixième session.

Seizième séance, 3 septembre 2004

Décision 12 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)

Le mandat du Cap-Vert expirera le 31 décembre 2004. Suivant l'ordre alphabétique anglais, le Cap-Vert sera remplacé par la Côte d'Ivoire pour une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2005. La Côte d'Ivoire se joindra à la République du Congo, à la République centrafricaine et aux Comores qui sont déjà membres du Comité d'orientation et de coordination.

Seizième séance, 3 septembre 2004

Décision 13 : Désignation de représentants de la Région africaine au Conseil d'Administration du partenariat pour Faire reculer le paludisme

Le Ghana, le Sénégal et la Zambie sont membres du Conseil d'Administration du partenariat pour Faire reculer le paludisme. Leur mandat de deux ans a pris effet à compter d'octobre 2002. La République démocratique du Congo s'est jointe à eux pour deux ans à compter de septembre 2003. Le mandat du Ghana, du Sénégal et de la Zambie expirera en mars 2005. Ils seront remplacés à cette date par le Nigéria, le Bénin et la Tanzanie.

Seizième séance, 3 septembre 2004

RÉSOLUTIONS

AFR/RC54/R1 : Désignation du Directeur régional

Le Comité régional,

Vu l'Article 52 de la Constitution de l'OMS; et

Conformément à l'Article 52 de son Règlement intérieur,

1. DÉSIGNE le Dr Luis Gomes Sambo en qualité de Directeur régional pour l'Afrique; et
2. PRIE le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Luis Gomes Sambo à compter du 1^{er} février 2005.

Dixième séance, 2 septembre 2004

AFR/RC54/R2 : Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014

Le Comité régional,

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata qui a identifié la planification familiale comme une composante essentielle des soins de santé primaires;

Rappelant les résolutions WHA38.22, WHA40.27, WHA42.42, WHA44.33, WHA45.25 et WHA48.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé, réaffirmant le rôle particulier qui incombe à l'Organisation mondiale de la Santé en ce qui concerne le plaidoyer, les fonctions normatives, la recherche et la coopération technique dans le domaine de la santé de la reproduction, y compris la planification familiale;

Ayant connaissance des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui visent à réduire de trois-quarts la mortalité maternelle et de deux-tiers la mortalité infanto-juvénile d'ici à 2015, et du rôle de la planification familiale dans les efforts en vue d'atteindre ces objectifs;

Ayant à l'esprit les résolutions du Comité régional AFR/RC43/R6 et AFR/RC47/R4 sur les femmes, la santé et le développement; les documents AFR/RC53/11 sur la Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine et AFR/RC47/8 sur la Santé reproductive : Stratégie de la Région africaine 1998–2007, qui identifient la planification familiale comme une intervention visant à améliorer la qualité de la vie des femmes;

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

Ayant à l'esprit les droits de la femme dans le domaine de la santé de la reproduction tels qu'énoncés à la Conférence internationale sur la Population et le Développement et dans les déclarations et plans d'action subséquents;

Constatant avec inquiétude les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles, et les efforts supplémentaires que les États Membres devront consentir pour atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé de la reproduction, y compris la planification familiale;

Conscient de la nécessité de préserver une proportion appropriée de jeunes pour maintenir l'équilibre de la pyramide des âges tout en assurant des services de planification familiale efficaces;

Convaincu qu'«un espacement des naissances de plus de deux ans économise des vies»,

1. APPROUVE le document AFR/RC54/11 Rév.1, intitulé «Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014» qui est centré sur les avantages de la planification familiale pour la santé des individus et des communautés de la Région africaine;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) de s'engager à mettre en oeuvre ce cadre dans le contexte de la Feuille de route visant à atteindre les OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale grâce à un investissement accru dans la planification familiale;
- b) de revoir leurs politiques de santé de la reproduction pour faire de la planification familiale une partie intégrante de celles-ci afin de traduire le cadre régional en programmes nationaux réalistes;
- c) d'incorporer la santé de la mère et du nouveau-né, y compris la planification familiale, dans les plans nationaux et locaux de développement et dans les plans menés en collaboration avec la Banque mondiale, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique et les blocs économiques régionaux;
- d) de promouvoir l'accès de toutes les femmes et de tous les hommes à une gamme complète d'informations et de produits et services de planification familiale, en mettant l'accent en particulier sur les zones rurales, et d'explorer les possibilités de fabriquer localement des produits de planification familiale de qualité;
- e) de renforcer les capacités institutionnelles nationales pour la formation initiale et la formation en cours d'emploi en matière de planification familiale, y compris en logistique des produits;

- f) de mobiliser les institutions publiques, les partenaires internationaux de développement, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles et le secteur privé pour qu'ils renouvellent leur appui aux États Membres dans le domaine de l'amélioration de la sécurité des produits et de l'investissement dans les services de planification familiale;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à plaider en faveur d'une approche stratégique de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et à insister sur le rôle essentiel de la planification familiale à cet égard;
- b) de fournir une assistance technique aux États Membres pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du cadre en vue de replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction;
- c) d'élaborer les lignes directrices appropriées pour permettre aux États Membres de plaider en faveur du cadre et d'accélérer sa mise en oeuvre;
- d) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-sixième session et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du cadre.

Neuvième séance, 1^{er} septembre 2004

AFR/RC54/R3 : Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions AFR/RC41/R5 et AFR/RC41/R6 relatives à la nécessité d'élaborer et de renforcer des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et de district, et les résolutions WHA48.13 et AFR/RC48/R2 portant sur la lutte contre les maladies transmissibles et sur la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies et l'utilisation des données épidémiologiques pour la prise de décisions;

Gardant à l'esprit la résolution AFR/RC50/R1 qui préconise l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques nationales de santé durables et la mise en place de mécanismes pour suivre et évaluer les progrès accomplis dans le cadre de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020;

Constatant avec une vive inquiétude les insuffisances des systèmes nationaux d'information sanitaire, le mauvais fonctionnement des structures et l'absence des ressources nécessaires aux systèmes d'information sanitaire à tous les niveaux;

Ayant à l'esprit les faiblesses en matière de collecte et d'analyse des données, les retards dans leur traitement et leur transmission, et l'utilisation insuffisante de l'information disponible;

Reconnaissant la nécessité de disposer de données sanitaires fiables en vue d'éclairer la gestion stratégique et les décisions opérationnelles, et préoccupé par le fait que ces données ne sont pas faciles à obtenir;

Constatant que les pays ont approuvé les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que la surveillance des indicateurs liés à la santé dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire;

S'engageant à veiller à ce que les systèmes nationaux d'information sanitaire remplissent correctement leurs fonctions de mesure et de rapport pour tous les indicateurs sanitaires et connexes;

Ayant examiné le document AFR/RC54/12 Rév.1 intitulé «Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire»,

1. APPROUVE le document AFR/RC54/12 Rév.1 intitulé «Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire»;

3. INVITE les États Membres à :

- a) procéder à une évaluation exhaustive de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire de manière à en recenser les lacunes et les besoins en termes de ressources humaines, financières et matérielles, moyens de communication et de supervision compris;
- b) revoir et actualiser leurs indicateurs sanitaires de base – cibles proposées dans la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020, et les objectifs du Millénaire pour le développement – à l'aide d'ensembles minimums de données qui devront être recueillies, analysées et utilisées à intervalles réguliers et dans des délais appropriés à tous les échelons du système national de santé;
- c) adopter, dans le cadre de leur politique nationale de santé, une politique sur les systèmes nationaux d'information sanitaire;
- d) améliorer la coordination et la gestion des différents sous-systèmes de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, étant entendu que ces sous-systèmes sont exploités par les différentes administrations publiques, le secteur privé et des organisations non gouvernementales;
- e) créer ou renforcer des unités chargées des systèmes nationaux d'information sanitaire et investir davantage dans de tels systèmes;

f) garantir la diffusion et l'utilisation efficace des données recueillies pour l'exécution des opérations au quotidien et la planification stratégique;

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir une aide aux États Membres pour leur permettre d'exécuter les interventions prioritaires destinées à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire;
- b) de promouvoir les options technologiques qui facilitent la mise en réseau, la communication, la collecte, l'utilisation et la restitution de l'information sanitaire;
- c) de fournir une aide aux pays aux fins de la mobilisation de ressources et du renforcement des capacités en ce qui concerne les systèmes nationaux d'information sanitaire;
- d) de faire rapport au Comité régional, tous les deux ans, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions prioritaires destinées à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire.

Onzième séance, 2 septembre 2004

AFR/RC54/R4 : Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives

Le Comité régional,

Notant avec inquiétude la situation critique de la santé et de la sécurité des travailleurs dans la plupart des pays de la Région africaine;

Exprimant sa préoccupation de constater que les services relatifs à la santé et à la sécurité des travailleurs sont soit inexistantes, soit inadéquats et qu'ils ne couvrent pas la grande majorité des travailleurs, notamment ceux du secteur non structuré;

Rappelant les résolutions WHA32.14 et WHA33.31 de l'Assemblée mondiale de la Santé qui préconisaient respectivement le renforcement de la médecine du travail et son intégration dans les services de santé primaires afin de couvrir les populations insuffisamment desservies telles que les travailleurs du secteur non structuré, des milieux agricoles et des petites industries;

Conscient du manque de données et d'informations sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé rencontrés par les travailleurs dans la plupart des pays;

Conscient de l'impact négatif des maladies transmissibles et non transmissibles, en particulier du VIH/SIDA, du paludisme et des traumatismes, y compris ceux qui résultent d'accidents de la circulation ou ceux qui surviennent sur les lieux de travail;

Reconnaissant les efforts fournis par l'OMS pour mobiliser d'autres partenaires afin qu'ils collaborent avec elle pour aider les pays à atteindre divers objectifs fixés aux niveaux international, national et régional;

Préoccupé par le fait que la santé et la sécurité des travailleurs constituent un besoin croissant compte tenu des perspectives encourageantes d'un redressement économique dans le contexte du NEPAD,

1. APPROUVE le document intitulé «Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13 Rév.1)»;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres de :

- a) intégrer la santé et la sécurité des travailleurs dans les politiques sanitaires et les stratégies nationales de soins de santé et en assurer la coordination au sein des autres secteurs;
- b) élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lois qui assurent la promotion de lieux de travail sains et sûrs dans les secteurs structuré et non structuré;
- c) produire des bases factuelles et des informations nécessaires à la prise de décisions politiques et leur mise en œuvre;
- d) créer un environnement favorable qui permet aux employeurs d'accroître les ressources consacrées à la santé et à la sécurité des travailleurs sur les lieux de travail;
- e) continuer à promouvoir des lieux de travail sains et sûrs en interdisant l'usage du tabac et d'autres substances nocives;
- f) mettre en place et renforcer les institutions chargées de la santé et de la sécurité des travailleurs pour assurer une gestion efficace, le renforcement des capacités et la recherche;
- g) renforcer la collaboration et la coordination intersectorielles entre les parties prenantes, le secteur de la santé jouant le rôle de chef de file;

5. PRIE le Directeur régional de :

- a) apporter un appui technique à l'élaboration et au renforcement des politiques, des lois et des programmes concernant la santé et la sécurité des travailleurs;
- b) maintenir le dialogue avec l'OIT et solliciter la collaboration et la participation d'autres organisations internationales comme le PNUE et l'ONUDI pour qu'elles fournissent un appui technique aux pays;

- c) promouvoir et appuyer la recherche et la surveillance afin d'éclairer les politiques et plans de mise en œuvre nationaux;
- d) appuyer la mobilisation des ressources et la mise en place de partenariats pour la santé et la sécurité des travailleurs;
- e) faire rapport au Comité régional à sa cinquante-sixième session et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés en matière de santé et de sécurité des travailleurs.

Onzième séance, 2 septembre 2004

AFR/RC54/R5 : Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà

Le Comité régional,

Considérant que le VIH/SIDA est une cause majeure de mortalité dans la Région africaine, qui touche de manière disproportionnée les jeunes et les femmes, entrave le développement et compromet la sécurité nationale dans les États Membres;

Notant que, chaque année, plus de 2 millions de personnes meurent du SIDA en Afrique sub-saharienne, essentiellement parce qu'elles n'ont pas accès aux thérapies antirétrovirales;

Préoccupé par le fait que, sur 4 millions de personnes ayant un besoin immédiat de thérapies antirétrovirales en Afrique, quelque 100 000 seulement, pour la plupart des citoyens ayant les moyens financiers requis, ont eu accès à des thérapies antirétrovirales à la fin de 2003;

Reconnaissant que, dans la plupart des États Membres, l'accès au traitement est limité essentiellement par le coût élevé des médicaments et les faiblesses des systèmes de santé, y compris des ressources humaines inadéquates;

Reconnaissant également que les thérapies antirétrovirales contribuent à la prévention, qui reste l'élément essentiel des efforts de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région;

Rappelant que, dans les déclarations et cadres d'action d'Abuja, de Maseru et de Maputo, les États Membres se sont engagés à intensifier les activités de prévention du VIH/SIDA et à accroître l'accès aux traitements;

Notant les progrès accomplis par les États Membres en vue d'assurer à plus grande échelle les traitements contre le VIH/SIDA,

1. APPROUVE le document intitulé «Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (AFR/RC54/14 Rév.1)»;

2. SE FÉLICITE de la stratégie «3 millions d'ici 2005» adoptée par l'OMS et l'ONUSIDA pour mobiliser les ressources dans le monde et aider les pays en développement à placer 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici la fin de 2005;

3. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres de veiller, à titre prioritaire, à :

- a) élaborer et mettre en œuvre des plans complets pour améliorer l'accès aux soins et au traitement et garantir l'équité, y compris un appui nutritionnel pour le VIH/SIDA, avec des cibles précises en matière de couverture et une intensification des efforts de prévention;
- b) promouvoir et appuyer des partenariats pour la création et la prestation de services de traitement et mettre en place des mécanismes efficaces permettant de mobiliser et de coordonner la contribution des divers intervenants, conformément au principe des «trois-un» (un cadre d'action national pour le VIH/SIDA, une autorité nationale de coordination et un système de surveillance et d'évaluation convenu);
- c) simplifier les méthodes de dépistage, de conseil, de traitement et de suivi du VIH, en révisant la réglementation pour permettre au personnel paramédical d'assurer le traitement, le cas échéant, y compris des soins à domicile;
- d) intégrer l'intensification des soins et du traitement du VIH/SIDA dans les actions générales visant à renforcer les systèmes de santé et diffuser les leçons apprises;
- e) élargir la couverture en décentralisant la gestion et la prestation des services relatifs au traitement et aux soins du VIH/SIDA;
- f) renforcer la capacité des ressources humaines destinées aux systèmes de soins de santé, former les agents de santé à l'administration du traitement et améliorer leur accès à un traitement efficace en cas de besoin;
- g) renforcer les systèmes de gestion des approvisionnements et de contrôle de la qualité et améliorer l'estimation et la projection de leurs besoins en ce qui concerne les médicaments et les trousseaux de diagnostic;
- h) modifier leur législation relative à la propriété intellectuelle pour bénéficier des clauses de sauvegarde de la santé publique afférentes à la Déclaration de Doha sur les accords ADPIC et la santé publique;
- i) renforcer les partenariats avec la société civile, y compris les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, et promouvoir et appuyer leurs actions, notamment en ce qui concerne le plaidoyer, la mobilisation des populations locales et l'appui pour l'observance du traitement;

4. PRIE le Directeur régional de :

- a) renforcer le rôle de l'OMS dans l'impulsion et l'orientation techniques qu'elle fournit au système de santé pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre de la riposte générale du système des Nations unies;
- b) fournir l'assistance et l'orientation techniques requises pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de traitement et de soins;
- c) faire campagne pour un accroissement des ressources internationales afin d'accroître l'accès aux soins et au traitement;
- d) plaider auprès du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pour qu'il continue à rassembler des fonds et accélère/simplifie les procédures d'accès aux financements ;
- e) favoriser des partenariats au niveau régional en vue d'aider les pays et appuyer les efforts des gouvernements et l'établissement de partenariats au niveau des pays;
- f) plaider continuellement en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins;
- g) faire rapport chaque année au Comité régional sur la mise en œuvre de la résolution.

Onzième séance, 2 septembre 2004

**AFR/RC54/R6 : Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence
sanitaire silencieuse**

Le Comité régional,

Alarmé par l'accroissement du nombre d'abus sexuels contre des enfants notifiés dans les États Membres et par la culture du silence qui entoure ces cas;

Convaincu que les abus sexuels contre les enfants constituent une violation majeure des droits de l'enfant;

Préoccupé par l'augmentation du trafic d'enfants et des abus sexuels contre les enfants, qui touchent en particulier les enfants vivant dans des situations difficiles, tels que les enfants des rues, les enfants atteints par le VIH/SIDA, les orphelins et les enfants déplacés à l'intérieur de leur propre pays et ceux vivant dans des camps de réfugiés;

Conscient de ce que la stigmatisation à laquelle s'ajoutent les lacunes des mécanismes de notification, de l'application des lois, ainsi que des soins et de la prise en charge cliniques des cas découragent la notification des abus sexuels commis sur des enfants;

Rappelant les traités et instruments juridiques internationaux et régionaux existants, en particulier l'article 19 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et l'article 16 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant qui garantissent la protection des enfants contre toutes les formes de torture et de traitements inhumains ou dégradants, y compris contre les abus ou l'exploitation à des fins sexuelles qui sont le fait des parents ou d'autres personnes chargées de la garde des enfants;

Conscient de la gravité des conséquences immédiates et à long terme dont sont victimes les enfants ayant survécu à des abus sexuels, notamment les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, les grossesses non désirées et à risque, l'avortement, la dépression, le suicide et d'autres problèmes psychosociaux;

Se félicitant des efforts faits par les États Membres pour assurer des services propres à améliorer la santé et le bien-être des enfants,

1. FÉLICITE le Directeur régional de considérer les abus sexuels contre les enfants comme un problème de santé publique et de briser le mur de silence qui les entoure dans la Région africaine;
2. APPROUVE le document «Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse» (AFR/RC54/15 Rév.1) et le plan d'action proposé qui fournissent des orientations stratégiques pour la prévention et la prise en charge des abus sexuels commis contre les enfants par le biais d'actions multidisciplinaires coordonnées;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :
 - a) de briser le mur de silence qui entoure les abus sexuels contre les enfants en instaurant, par tous les moyens disponibles, un dialogue franc et ouvert à ce sujet aux niveaux national et sous-national;
 - b) de créer ou de renforcer les institutions chargées de répondre aux besoins sociaux des enfants, y compris la prévention et la prise en charge des cas d'abus sexuels contre les enfants;
 - c) de mettre en place des actions plurisectorielles, pluridisciplinaires et coordonnées, avec la participation des professionnels de la santé, des sociologues, des institutions chargées du maintien de l'ordre et de la communauté, pour prévenir les abus sexuels contre les enfants et fournir des soins et un soutien de qualité aux personnes touchées;

- d) d'élaborer des plans d'action nationaux pour la prévention, les soins et la prise en charge des cas d'abus sexuels contre les enfants et les intégrer dans le programme national de santé de l'enfant et de l'adolescent;
- e) de mobiliser les secteurs public et privé, les organisations non gouvernementales, les communautés et des spécialistes qualifiés pour améliorer la surveillance et la notification des cas d'abus sexuels commis sur des enfants;
- f) de renforcer la capacité des professionnels de la santé d'utiliser des protocoles normalisés pour la prise en charge et les soins cliniques et pour les expertises médico-légales;
- g) de renforcer les mécanismes nationaux chargés d'exécuter et de faire connaître les conventions et traités des Nations Unies qui ont été ratifiés au sujet des abus et de l'exploitation à des fins sexuelles auxquels sont soumis les enfants;
- h) de renforcer les capacités nationales de recherche pour permettre de mieux comprendre les facteurs qui contribuent aux abus sexuels contre les enfants.

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de continuer à exercer son rôle de chef de file et de sensibilisation pour favoriser l'intégration de la prévention, des soins et de la prise en charge des cas d'abus sexuels contre des enfants;
- b) de fournir un soutien technique aux États Membres pour qu'ils présentent des rapports sur la mise en œuvre des conventions et traités des Nations Unies qu'ils ont ratifiés au sujet des abus et de l'exploitation à des fins sexuelles auxquels sont soumis les enfants;
- c) d'appuyer les États Membres dans les efforts fournis pour adapter le plan d'action relatif aux abus sexuels contre les enfants en vue de son exécution aux niveaux national et régional;
- d) de mobiliser des ressources et d'encourager la création de partenariats avec les institutions spécialisées des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, l'UNESCO et l'UNIFEM pour la mise en œuvre de ce programme d'action, y compris la mise en place de centres spécialisés de soins aux enfants et de surveillance dans la communauté;
- e) de faire rapport à la cinquante-sixième session du Comité régional, et ensuite tous les deux ans, sur les progrès accomplis par les États Membres dans la mise en œuvre du plan d'action.

Onzième séance, 2 septembre 2004

AFR/RC54/R7 : Projet de Budget Programme 2006–2007

Le Comité régional,

Ayant examiné le Projet de Budget Programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'exercice biennal 2006–2007 ainsi que les principes et orientations stratégiques à partir desquels a été élaboré ce budget,

1. APPROUVE le Projet de Budget Programme de l'OMS pour l'exercice 2006–2007;
2. FÉLICITE le Directeur général de ses efforts pour fixer une cible concernant l'affectation de ressources plus importantes aux Régions et aux pays ainsi qu'aux domaines d'activité prioritaires et, en particulier, à la Région africaine;
3. FÉLICITE le Directeur régional d'avoir favorisé la participation active de la Région à la préparation du Projet de Budget Programme pour l'exercice biennal 2006–2007;
4. PRIE le Directeur régional de veiller à ce que la planification opérationnelle, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation soient assurés en étroite collaboration avec les autorités nationales;
5. ENCOURAGE le Directeur régional à poursuivre la mobilisation de contributions volontaires pour assurer un financement adéquat de la mise en œuvre des domaines d'activité prioritaires dans la Région africaine;
6. PRIE le Directeur régional de porter la présente résolution et les points de vue exprimés par le Comité régional à l'attention du Directeur général afin qu'il puisse en tenir compte pour l'élaboration du Projet de Budget Programme qui sera soumis au Conseil exécutif à sa cent-quinzième session conformément à l'Article 55 de la Constitution.

Douzième séance, 2 septembre 2004

AFR/RC54/R8 : Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document d'information AFR/RC54/INF.DOC/5 concernant la lutte contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine;

Reconnaissant qu'il est urgent de veiller à préserver les progrès accomplis sur la voie de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine depuis 1996 et à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage dès que possible;

Sérieusement préoccupé par la persistance de la transmission du poliovirus sauvage au Niger et au Nigéria ainsi que par sa propagation ultérieure à d'autres pays de la Région africaine récemment libérés de la poliomyélite;

Reconnaissant la nécessité d'assurer la vaccination de tous les enfants sensibles dans les derniers foyers d'endémicité de la poliomyélite et les pays où le risque de réintroduction de la transmission du poliovirus sauvage est le plus élevé;

Conscient de la nécessité d'améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires, la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et l'efficacité de la vaccination systématique;

Convaincu de la faisabilité de l'éradication de la poliomyélite et de ses avantages pour la santé et la survie de l'enfant ainsi que de ses potentialités externes pour le renforcement des systèmes de santé nationaux dans la Région africaine;

Rappelant les résolutions AFR/RC39/R3, AFR/RC42/R4, AFR/RC44/R7 et AFR/RC45/R5 concernant les activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine;

Déterminé à faire en sorte que la morbidité et la mortalité dues aux maladies que la vaccination permet d'éviter parmi les enfants dans la Région africaine soient ramenées à un minimum,

1. APPROUVE les orientations contenues dans le document d'information AFR/RC54/INF.DOC/5 concernant la lutte contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à soutenir et à faire valoir l'engagement politique et la bonne volonté de leurs dirigeants à tous les niveaux afin de faciliter une mise en œuvre de qualité des stratégies appropriées d'éradication de la poliomyélite;
- b) à préconiser et à appuyer des activités d'éradication de la poliomyélite de grande qualité dans les réservoirs où la maladie est encore endémique dans la Région africaine;
- c) à se doter de plans de préparation pour pouvoir riposter rapidement aux importations de poliovirus dans tous les pays; celles-ci feront courir un risque aussi longtemps que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée partout, et il convient de les considérer comme une menace urgente pour la santé publique;

- d) à redoubler d'efforts pour intensifier la vaccination systématique et la surveillance de la poliomyélite, les deux meilleures armes dont on dispose contre les importations de poliovirus;
- e) à ne négliger aucune occasion de mener des campagnes de vaccination pour stimuler l'immunité des populations et prévenir ainsi les importations de poliovirus sauvage dans les pays indemnes de poliomyélite;
- f) à avoir recours aux mécanismes du Comité de Coordination interorganisations pour mobiliser les moyens humains, matériels et financiers existant à l'intérieur du pays afin de garantir l'exécution des activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite jusqu'à ce que l'Afrique soit certifiée indemne de poliomyélite;

6. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir une assistance technique en réponse aux demandes des États Membres afin d'appuyer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités d'éradication de la poliomyélite;
- b) de continuer à mobiliser le soutien matériel et financier nécessaire à la mise en œuvre des activités d'éradication de la poliomyélite qui auront été planifiées.

Quatorzième séance, 3 septembre 2004

AFR/RC54/R9 : Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA40.27 sur la santé maternelle et la maternité sans risque, WHA42.42 sur la santé maternelle et WHA55.19 sur la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies;

Ayant présent à l'esprit les résolutions du Comité régional AFR/RC39/R8 sur la santé maternelle et la maternité sans risque; AFR/RC44/R11 : Stratégie régionale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine; les résolutions AFR/RC47/R5 : Santé reproductive : stratégie de la Région africaine, 1998–2007; le document AFR/RC50/TD/1 : Réduire la mortalité maternelle dans la Région africaine : un défi pour le 21^{ème} siècle; les résolutions AFR/RC40/R2 : Accélération de l'amélioration de la santé maternelle et infantile; AFR/RC43/R6 sur les femmes, la santé et le développement, et le document AFR/RC53/11 : Santé de la femme : Stratégie de la Région africaine;

Préoccupé par les décès et incapacités évitables qui continuent de frapper les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum et par le fait que cette situation est en outre aggravée par la pauvreté, les conflits armés, le nombre élevé de grossesses parmi les adolescentes, la pandémie de VIH/SIDA et les pratiques traditionnelles néfastes;

Conscient que l'Afrique a le taux de morbidité et de mortalité maternelles le plus élevé du monde avec au moins 1500 femmes qui meurent chaque jour pendant l'accouchement, et que pour chaque femme qui meurt d'une complication de la grossesse, environ 30 autres femmes souffriront d'incapacités à court ou à long terme;

Appréciant la décision de la communauté internationale d'inclure la santé maternelle et infantile dans les objectifs du Millénaire pour le développement avec pour cible de réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle et de deux-tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015;

Reconnaissant que les accoucheuses traditionnelles dispensent encore des soins à de nombreuses femmes en milieu rural,

1. ADOPTE la Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique,
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à mettre en œuvre la Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique moyennant un investissement accru dans la santé maternelle et néonatale;
 - b) à accélérer les actions et interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, et notamment la formation, l'affectation et le maintien en fonctions des personnels compétents à tous les niveaux du système de santé; l'amélioration de l'accès à des services de santé maternelle et néonatale de qualité, y compris la planification familiale et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH; le renforcement du système d'orientation-recours pour assurer la continuité des soins; le renforcement des moyens d'action des communautés; le renforcement du suivi et de l'évaluation des progrès accomplis par les États Membres en vue de la réalisation de ces engagements;
 - c) à renforcer les systèmes de santé afin de pouvoir offrir des technologies et interventions appropriées pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né;
 - d) à revoir leurs politiques et cadres juridiques, y compris une réglementation de l'exercice de la profession qui permettrait de répartir équitablement les professionnels de la santé surtout dans les zones rurales ou mal desservies;

- e) à prendre les mesures qui s'imposent aux niveaux de la communauté, des soins de santé primaires et des formations sanitaires de recours, et plus particulièrement le renforcement des liens et la prestation de soins obstétricaux d'urgence;
 - f) à mobiliser les partenaires internationaux, les organisations de la société civile, le secteur privé et d'autres parties prenantes pour qu'ils contribuent de manière significative à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales en Afrique;
 - g) à examiner et rationaliser le rôle des accoucheuses traditionnelles pour garantir que les accouchements se déroulent dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité;
3. PRIE le Directeur régional :
- a) de continuer à plaider pour une augmentation des investissements consacrés à la santé maternelle et néonatale et de mobiliser des ressources pour la création d'un fonds spécial pour la santé maternelle et néonatale;
 - b) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des Feuilles de route nationales;
 - c) d'élaborer des outils et des principes directeurs pertinents en vue de leur utilisation par les États Membres pour renforcer la prestation des soins de santé, et notamment les soins obstétricaux d'urgence;
 - d) d'aider les États Membres pour la mise en place d'effectifs appropriés d'agents de santé de niveau intermédiaire pour les soins obstétricaux d'urgence et les soins néonatals ;
 - e) d'aider les États Membres à entreprendre des campagnes très dynamiques en vue d'organiser des programmes destinés à former des agents de santé de niveau intermédiaire à la prestation des soins obstétricaux de manière à développer la couverture des soins de santé maternelle et néonatale;
 - f) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-cinquième session et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Feuille de route.

Quatorzième séance, 3 septembre 2004

AFR/RC54/R10 : Hommage au Dr Ebrahim M. Samba

Le Comité régional,

Reconnaissant l'attachement du Dr Ebrahim M. Samba à la cause de la santé dans le monde et l'œuvre remarquable qu'il a accomplie en qualité de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique au cours de ces 10 dernières années;

Reconnaissant également les efforts inlassables qu'il a déployés et le brio avec lequel il a conduit l'action en vue d'éradiquer l'onchocercose dans les pays touchés d'Afrique occidentale,

1. REMERCIE le Dr Ebrahim M. Samba pour sa direction éclairée et son inestimable contribution au développement sanitaire de la Région africaine;
2. LE PRIE de continuer à contribuer au développement sanitaire de l'Afrique à titre personnel;
3. DÉCIDE de le nommer Directeur régional honoraire.

Seizième séance, 3 septembre 2004

AFR/RC54/R11 : Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif

Le Comité régional de l'Afrique,

Ayant examiné les recommandations du Sous-Comité du Programme sur la révision de la méthode utilisée par le Comité régional pour déterminer les États Membres devant être désignés pour siéger au Conseil exécutif,

1. DÉCIDE que les dispositions ci-après devraient être suivies en soumettant chaque année la liste des États Membres pouvant être élus par l'Assemblée mondiale de la Santé :
 - a) Afin de garantir un équilibre géographique en ce qui concerne les États Membres de la Région africaine siégeant au Conseil exécutif, ces États doivent être divisés en trois sous-régions (Sous-Région I, Sous-Région II et Sous-Région III), correspondant aux groupes géographiques de la Région africaine;
 - b) Chaque sous-région devrait recevoir deux sièges sur les sept qui reviennent à la Région africaine, le septième siège devenant un siège rotatif entre les sous-régions. La sous-région devant bénéficier en premier de ce siège flottant sera déterminée par consensus, faute de quoi elle sera déterminée par tirage au sort. Ce siège passera ensuite par ordre numérique aux autres sous-régions, par exemple de la Sous-Région III à la Sous-Région II, puis à la Sous-Région I et de nouveau à la Sous-Région III;

c) Les États Membres actuellement représentés au Conseil exécutif poursuivront leur mandat, les sièges devenant vacants dans chaque sous-région étant remplis conformément aux nouvelles dispositions décrites dans la présent document, à compter du mandat des Membres qui commenceront à siéger en mai 2005 (comme cela est indiqué dans l'annexe de la présente résolution);

2. DÉCIDE EN OUTRE que conformément aux dispositions décrites au paragraphe I ci-dessus, le Libéria (Sous-région I), le Rwanda (Sous-Région II) et Madagascar (Sous-Région III), ainsi que la Namibie (Sous-Région III , comme siège flottant) soient les États Membres de la Région africaine désignés pour remplacer le Gabon, la Gambie, le Ghana et la Guinée dont les mandats arrivent à expiration.

3. PRIE le Libéria, le Rwanda, Madagascar et la Namibie de confirmer au Directeur régional, au moins six semaines avant la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, leur disponibilité à désigner des représentants devant siéger au Conseil exécutif.

Seizième séance, 3 septembre 2004

**ANNEXE : Projet de répartition des pays par groupe géographique et par ordre alphabétique
(approuvé par la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique)**

Sous-Région I	Sous-Région II	Sous-Région III
1. Algérie	1. Burundi	1. Angola
2. Bénin	2. Cameroun	2. Botswana
3. Burkina Faso	3. République centrafricaine	3. Comores
4. Cap-Vert	4. Tchad	4. Lesotho
5. Côte d'Ivoire	5. République du Congo	5. Madagascar
6. Gambie	6. République démocratique du Congo	6. Malawi
7. Ghana	7. Guinée équatoriale	7. Maurice
8. Guinée	8. Érythrée	8. Mozambique
9. Guinée-Bissau	9. Éthiopie	9. Namibie
10. Libéria	10. Gabon	10. Seychelles
11. Mali	11. Kenya	11. Afrique du Sud
12. Mauritanie	12. Rwanda	12. Swaziland
13. Niger	13. Sao Tomé et Príncipe*	13. Tanzanie
14. Nigéria	14. Ouganda	14. Zambie
15. Sénégal		15. Zimbabwe
16. Sierra Leone		

* La répartition initialement adoptée par l'OMS a été légèrement modifiée par le transfert de Sao Tomé et Príncipe de la Sous-Région III à la Sous-Région II et en tenant compte de Sainte Hélène, autrefois membre de la Sous-Région III, mais qui n'est pas reconnue comme État Membre.

AFR/RC54/R12 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts immenses consentis par le Chef de l'Etat, le Gouvernement et le peuple de la République du Congo pour assurer le succès de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Brazzaville du 30 août au 3 septembre 2004;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple du Congo ont réservé aux délégués,

1. REMERCIE Son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués ainsi que pour l'allocution stimulante et pleine d'encouragements prononcée en son nom à la cérémonie d'ouverture par M. Isidore Mvouba, Ministre d'État, chargé de la Coordination de l'Action gouvernementale, Ministre des Transports et des Privatisations de la République du Congo.
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Congo pour leur hospitalité inappréciable.
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence M. Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo.

Seizième séance, 3 septembre 2004

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

1. La cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte au Palais du Parlement de Brazzaville (République du Congo), le lundi 30 août 2004, par M. Isidore Mvouba, Ministre d'État chargé de la Coordination de l'Action gouvernementale, Ministre des Transports et de la Privatisation de la République du Congo. Étaient présents à la cérémonie d'ouverture les Ministres de la République du Congo, les Ministres de la Santé et chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, des membres du corps diplomatique ainsi que des représentants des institutions du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (*La liste des participants figure à l'Annexe 1*).
2. Le Dr Alain Moka, Ministre de la Santé et de la Population de la République du Congo, a souhaité la bienvenue à Brazzaville aux Ministres de la Santé et aux délégués. Il a souligné le fait que son pays avait retrouvé la paix et exprimé sa gratitude pour le retour effectif du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville. Il a félicité le Directeur régional pour sa contribution hautement appréciable à la résolution des problèmes de santé de la Région. Il a rappelé que l'Afrique avait un lourd fardeau de maladies dues à la pauvreté, ce qui fait obstacle à son développement. Il a souligné toutefois que l'Afrique avait souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement ainsi qu'aux objectifs du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD). (*Le texte intégral du discours figure à l'Annexe 6*).
3. Le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Présidente de la cinquante-troisième session du Comité régional de l'Afrique, a informé les délégués que, conformément au Règlement intérieur, elle présiderait la séance d'ouverture jusqu'à l'élection du nouveau président. Elle a remercié les États Membres d'avoir fait à l'Afrique du Sud l'honneur d'accueillir la session précédente du Comité régional. Le Dr Tshabalala-Msimang a fait l'éloge de la direction clairvoyante du Dr Samba et a évoqué aussi bien ses réalisations à la tête du Programme de lutte contre l'Onchocercose que la manière excellence avec laquelle il avait assuré le transfert du Bureau régional à Harare et son retour à Brazzaville.
4. Elle a remercié le Dr Samba d'avoir assuré un suivi diligent des résolutions et recommandations du Comité régional, et elle a noté la pertinence des points à l'ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional. Tout en se félicitant des progrès réalisés par la Région, elle a estimé que les problèmes que posent le VIH et le SIDA, la mortalité maternelle, le nombre insuffisant de femmes dans l'Organisation, le clonage humain, la pauvreté et le tabagisme sont préoccupants.
5. Elle a exprimé ses meilleurs vœux aux candidats au poste de Directeur régional et souhaité que soit élue la personne la plus apte à remplir ces fonctions. (*Le texte intégral de l'intervention figure à l'Annexe 7*).

6. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a remercié Son Excellence le Président Denis Sassou Nguesso, le Gouvernement et le peuple de la République du Congo pour l'accueil chaleureux réservé à tout le personnel du Bureau régional et d'autres institutions des Nations Unies. Il a exprimé sa gratitude au Gouvernement et au peuple zimbabwéen pour leur appui au Bureau régional pendant son transfert temporaire à Harare. Il a informé les délégués qu'il était temps pour lui, au bout de tant d'années passées au service de l'Afrique, de passer le flambeau à un successeur.

7. Dans son allocution d'ouverture, M. Isidore Mvouba, Ministre d'État chargé de la Coordination de l'Action gouvernementale, Ministre des Transports et de la Privatisation de la République du Congo, a souhaité la bienvenue à Brazzaville aux Ministres de la Santé et aux délégués au nom de Son Excellence le Président de la République du Congo, M. Denis Sassou Nguesso. Il s'est félicité du retour du Bureau régional à Brazzaville.

8. Le Ministre a rendu hommage à l'OMS et aux membres du personnel de l'Organisation pour les efforts consentis dans le cadre de la santé pour tous, qui est un des facteurs clés de la réduction de la pauvreté. Il a invité instamment les États Membres à capitaliser les progrès importants réalisés dans des domaines tels que l'éradication de la variole pour s'attaquer avec succès à d'autres problèmes comme la poliomyélite et les maladies dues au tabagisme. Il a mis l'accent sur les défis que posent encore la tuberculose, la mortalité maternelle, les maladies liées au mode de vie et d'autres maladies émergentes telles que la fièvre hémorragique à virus Ebola. Il a observé que l'instauration de la paix était indispensable pour gagner la bataille contre la pauvreté.

9. Tout en soulignant la délicatesse de la question de l'élection, il a fait remarquer qu'il comptait sur la maturité du Comité régional pour en faire un facteur d'unification pour l'OMS. M. Mvouba a conclu en rendant hommage au Dr Samba pour sa compétence et son dévouement. *(Le texte intégral de l'allocution figure à l'Annexe 8)*

10. Le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS, a déclaré être très heureux d'assister à cette session du Comité régional de l'Afrique, où sont entreprises la plupart des activités sanitaires importantes. Il a reconnu que le choix d'un successeur au Dr Samba était une grande responsabilité et que le nouveau Directeur régional allait avoir besoin du soutien sans réserve de tout un chacun.

11. Le Dr Lee a remercié le Dr Samba pour son leadership, son dynamisme et pour les résultats importants qu'il avait obtenus dans la lutte contre l'onchocercose, et a affirmé que son action serait difficile à égaler.

12. Le Directeur général a ensuite souligné que les principes directeurs des activités sanitaires de l'OMS étaient la sécurité, l'équité et l'unité en matière de santé et qu'un réalisme absolu était nécessaire pour mettre ces principes en pratique.

13. Il a déclaré que le Budget Programme proposé pour 2006–2007 était fondé sur les principes d'une gestion basée sur les résultats, qu'il tenait compte des dernières résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA), qu'il avait été préparé sur la base de consultations à tous les niveaux de l'Organisation, et qu'il renforçait le processus de décentralisation. Dans ce budget, la Région africaine bénéficie de la plus forte augmentation en dollars. Une augmentation des fonds provenant de contributions volontaires ainsi qu'une augmentation de 9 % des contributions des États Membres sont proposées. Tout ceci requiert un maximum d'efficacité ainsi que le respect de normes très élevées de transparence et de responsabilité. Ces augmentations budgétaires représentent une rupture avec la pratique de la croissance nominale zéro en vigueur au sein du système des Nations Unies ces dernières années. Cette mesure s'impose en effet si on veut éviter à l'Organisation d'être trop tributaire des contributions volontaires.

14. Le Dr Lee a déclaré que le Programme général de Travail pour 2006–2015 fixait les objectifs à long terme de l'OMS et serait débattu lors de la prochaine réunion du Conseil exécutif en janvier. Il a été rappelé aux membres du Comité que leurs contributions à cette cinquante-quatrième session seraient essentielles pour le Conseil exécutif.

15. Le Dr Lee a fait savoir que la révision du Règlement sanitaire international avait bénéficié d'une forte participation des États Membres, et que le Règlement révisé devrait être adopté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005. Le plus important est que les États adhèrent à ce Règlement et s'engagent à l'observer.

16. Le Dr Lee a décrit le Centre d'information sanitaire stratégique du Siège qui utilise une technologie de pointe pour répondre rapidement aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence. Il a fait valoir que les Bureaux régionaux et les bureaux de pays constituaient des éléments essentiels de ce système et avaient apporté leur concours lors des flambées récentes de fièvres hémorragiques à virus d'Ebola et de Lassa. Il est prévu de relier sous peu les systèmes d'information des États Membres à ce Centre du Siège.

17. Il a déploré le fait que des millions de personnes en Afrique vivent dans des conditions extrêmement difficiles comme au Darfour (Soudan) et au Tchad, ou loin de l'attention des médias. Il a fait valoir que l'OMS se devait de sauver la vie de ces gens et de les aider à survivre.

18. Passant en revue les dernières statistiques concernant le VIH/SIDA, le Directeur général a déclaré que le manque d'accès au traitement du SIDA était imputable à l'insécurité et aux inégalités. À la Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Bangkok en juillet 2004, l'accord était total sur la nécessité d'intervenir sur le plan aussi bien de la prévention que du traitement. Environ US \$20 milliards ont été promis par les partenaires pour la prévention; le prix des médicaments continue également à baisser.

19. L'Initiative «3 millions d'ici 2005» a incité les pays à fixer des cibles en matière de traitement, suivi, formation et assistance technique. L'Initiative a suscité des débats, mais ce dont il s'agit aujourd'hui c'est de répondre sans tarder à la situation d'urgence en faisant tout ce qui est humainement possible pour sauver des vies. L'attention du monde entier est centrée sur cette Initiative et nous devons tout faire pour qu'elle ne faiblisse pas.

20. Le Dr Lee a attiré l'attention sur le fait que tous les acquis en matière de santé étaient fragiles et a cité la réinfection de pays africains d'où la poliomyélite avait disparu. Il a mentionné d'autres problèmes de santé tels que le paludisme, la dracunculose, la tuberculose et la mortalité maternelle.

21. L'unité, les partenariats et la solidarité sont des moyens puissants pour s'attaquer aux problèmes de santé de la Région qui ne connaissent pas de frontières. C'est pourquoi le Bureau régional de l'Afrique a conduit le processus d'élaboration de stratégies de coopération avec les pays.

22. Le Dr Lee a conclu en rappelant aux membres du Comité que la santé d'un grand nombre de personnes dépend de leurs délibérations et des décisions qu'ils prendront au cours de la semaine. (*Le texte intégral du discours figure à l'Annexe 9*).

23. Mme Elisabeth Tankeu, Commissaire en charge du Commerce et de l'Industrie de l'Union africaine, a félicité le Dr E. M. Samba pour son dévouement et les compétences dont il a fait preuve en tant que Directeur du Bureau régional. Elle a rendu hommage aux efforts qu'il a déployés pour mobiliser davantage de ressources à l'appui des réformes sanitaires entreprises dans la Région africaine de l'OMS.

24. Elle a fait savoir que l'OMS était la toute première institution des Nations Unies à avoir conclu un accord de coopération avec l'Organisation de l'Unité africaine en 1969; ce partenariat qui a grandi avec le temps a été renforcé par la stratégie sanitaire du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique.

25. Elle a fait observer que le plan d'action 2004–2007 de l'Union africaine comprend des programmes prioritaires dont l'accès aux médicaments, la promotion de la pharmacopée traditionnelle, la maîtrise des causes de morbidité et de mortalité, et la participation communautaire. Par ailleurs, l'Union africaine renforce ses partenariats dans le domaine de la santé en mettant l'accent sur la corrélation entre macroéconomie et santé comme moyen de réduire la pauvreté sur le continent. (*Le texte intégral du discours figure à l'Annexe 10*).

ORGANISATION DES TRAVAUX

Composition du Sous-Comité des Désignations

26. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des États Membres suivants : Angola, Bénin, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Lesotho, Mauritanie, République du Congo, Sénégal, Seychelles et Togo. Le Sous-Comité s'est réuni à 12h30 le lundi 30 août 2004 et a élu comme Président M. Mohammed Lemine Ould Selmane, Ministre de la Santé de Mauritanie.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

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

<i>Président :</i>	Dr Saleh Meky Ministre de la Santé de l'Érythrée
<i>1^{er} Vice-Président :</i>	Dr B. Mosso Ramos Ministre de la Santé du Cap-Vert
<i>2^{ème} Vice-Président :</i>	Mme Aziza Baroud Ministre de la Santé du Tchad
<i>Rapporteurs :</i>	Prof. Abel Dushimimana (Français) Ministre de la Santé du Rwanda Dr Vilfrido Santana (Portugais) Ministre de la Santé de Sao Tomé et Príncipe Dr Brian Chituwo (Anglais) Ministre de la Santé de la Zambie

Présidents des Tables rondes

1. Dr Brian Chituwo (Zambie)
2. Suppléant : Dr Mohamed W. O. Selmane (Mauritanie)

Adoption de l'ordre du jour

28. Le Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional, le Dr Saleh Meky, Ministre de la Santé de l'Érythrée, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC54/1) et le projet de programme de travail qui ont été adoptés sans modification (*Voir Annexes 2 et 3*).

Il a toutefois été proposé d'inclure un point à l'ordre du jour sur la Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Les délégués sont convenus de proposer que ce point figure à l'ordre du jour provisoire de la cinquante-cinquième session du Comité régional (*Voir Annexe 11*).

Adoption de l'horaire de travail

29. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : 8h00–12h30 et 14h00–18h00, pauses-café comprises.

Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

30. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des douze États Membres suivants : Algérie, Cameroun, Comores, Éthiopie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Madagascar, Malawi, Namibie, Sierra Leone, Tanzanie et Zimbabwe.

31. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 30 août 2004 et a élu Président le Dr Girma Azene, Chef de la Délégation éthiopienne.

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

33. Le Sous-Comité a chargé son Président d'examiner et d'approuver, en son nom, les pouvoirs qui lui seraient soumis après cette réunion. Par la suite, les pouvoirs des pays ci-après ont été examinés : Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana et Zambie, ce qui a porté à 46 le nombre de pays dont les pouvoirs ont été reçus et approuvés.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2002–2003 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC54/2)

34. Le Directeur régional a informé le Comité que ce rapport avait trait aux activités du Bureau régional et des bureaux de l'OMS dans les pays au cours de la période biennale 2002–2003. Il a rappelé les principes directeurs qui ont guidé son action et qui sont mentionnés dans le *Cadre politique de coopération technique avec les pays de la Région africaine* (document AFR/EXM/95.1). Il a fait observer que le rapport de la vingt et unième Réunion régionale du Programme (1998) sur la manière d'œuvrer plus efficacement dans les pays et avec eux avait servi de base à l'élaboration

de la stratégie de coopération avec les pays. Le Dr Samba a informé le Comité qu'il avait fait le bilan de son mandat dans un rapport intitulé *Défis, conflits et succès : Bilan de dix années à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique*.

35. Le Dr Samba a remercié le personnel à tous les échelons de l'Organisation de l'avoir soutenu pendant son mandat. Il a exprimé sa reconnaissance aux Chefs d'État pour avoir inscrit la santé au programme du développement et aux Ministres de la Santé pour leur concours lors des réunions des Organes directeurs et des groupements sous-régionaux. Il a rappelé qu'au début de son mandat il avait pris un certain nombre d'engagements, notamment : établir des relations harmonieuses avec le Siège, relever le moral du personnel, et obtenir davantage de ressources. Il a affirmé qu'il avait bien tenu toutes ces promesses.

36. S'agissant des ressources, le Dr Samba a informé le Comité régional qu'il avait géré plus de US \$2,5 milliards pendant les 10 ans de son mandat. Il a fait savoir que les ressources allouées aux programmes prioritaires avaient augmenté considérablement. Par exemple, en 1994 le budget pour la lutte contre la poliomyélite était de US \$600 000, et le programme ne comptait que neuf fonctionnaires. Ce budget dépasse à présent US \$170 millions et les effectifs s'élèvent à plus de 700. Grâce à ces ressources, la poliomyélite est en voie d'être éradiquée d'ici 2005. Depuis 1995, le Bureau régional a mobilisé en moyenne US \$350 millions par période biennale. Le Dr Samba a indiqué que pendant la période biennale 2002–2003, la Région africaine avait pour la première fois dépensé tout son budget, alors qu'on l'accusait auparavant d'avoir une faible capacité d'absorption. Au cours de cette période, le nombre de fonctionnaires recrutés selon les procédures de l'OMS et sans la moindre pression politique avait également augmenté.

37. Il a ensuite invité le Directeur de la Gestion du Programme du Bureau régional, le Dr Sambo, à présenter le rapport au nom de toutes les divisions.

38. Le Dr Luis G. Sambo, Directeur de la Gestion du Programme, a présenté le rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC54/2) qui fait état des activités de l'OMS dans la Région africaine en 2002–2003. Le rapport comporte deux parties. La première rend compte de la mise en œuvre du Budget Programme 2002–2003, et la deuxième présente les progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions adoptées par le Comité régional à ses sessions précédentes. Les coûts de la mise en œuvre sont indiqués en annexe dudit rapport.

39. Parmi les opportunités existantes pour faire face aux problèmes de santé de la Région, les plus importantes sont : l'engagement politique attesté par les décisions de l'Union africaine en matière de santé, la stratégie sanitaire du NEPAD et la collaboration accrue du Bureau régional avec l'Union africaine et les communautés économiques sous-régionales. Concernant la mobilisation de ressources au niveau mondial, il faut mentionner le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

40. Au sein de l'OMS, le Directeur général a instauré une plus grande décentralisation des ressources en faveur des Régions et des pays afin de faciliter la mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays et l'Initiative «3 millions d'ici 2005» pour lutter contre le VIH et le SIDA.

41. En dépit des opportunités susmentionnées, la Région africaine se trouve encore confrontée à une lourde charge de maladies transmissibles, une charge croissante de maladies non transmissibles et à des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale aggravés par la pauvreté et par de nombreuses catastrophes naturelles ou causées par l'homme. Compte tenu de l'étendue et de la diversité des problèmes de santé de la Région, les ressources de l'OMS ont été centrées sur les domaines prioritaires. Une attention spéciale a été accordée aux réformes du secteur de la santé, à la promotion de la santé, à la santé de la famille et à la santé de la reproduction, et à la réduction de la pauvreté. Afin d'accroître la contribution de l'OMS à la santé, le Bureau régional, en collaboration avec les États Membres, a renforcé et amélioré les processus de planification, de suivi et d'évaluation de manière à rendre l'Organisation plus efficace et plus performante.

42. Le Dr Sambo a résumé les réalisations accomplies durant la période 2002–2003. Étant donné la lourde charge de morbidité imputable au **VIH/SIDA** dans la Région africaine et les difficultés d'accès aux antirétroviraux, l'Initiative «3 millions d'ici 2005» offre d'importantes possibilités de s'attaquer à la pandémie. Dix pays ont mis en place des services de laboratoire nationaux pour le diagnostic du VIH pendant la période biennale. La surveillance du VIH a été renforcée du fait que 27 pays produisent à présent des statistiques annuelles fiables sur le VIH. Le premier rapport régional de surveillance du VIH/SIDA a été élaboré en 2003. Seize pays ont intensifié les interventions relatives au VIH/SIDA au niveau des districts, y compris les services de conseils et de dépistage volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant, la sécurité transfusionnelle et la prise en charge des infections sexuellement transmises.

43. En ce qui concerne la **Tuberculose**, le taux de dépistage des cas est passé de 37 % en 2001 à 45 % en 2003. Au total, 42 pays ont appliqué la stratégie du traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) avec, pour 21 d'entre eux, un taux de couverture de 100 % dans les services publics de santé. Globalement, le taux de réussite du traitement de 58 % en 2001 a atteint 73 % à la fin de 2003.

44. Au titre de la **lutte contre le Paludisme**, un montant de plus de US \$363 millions a été mobilisé à l'intention des 31 pays ayant soumis des propositions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Au total, 137 administrateurs de programmes de lutte antipaludique ont reçu une formation. La première édition des Profils de pays sur le paludisme a été publiée à l'occasion de la Journée africaine de lutte contre le paludisme en 2003. Le problème de la résistance des parasites aux médicaments antipaludiques a obligé les pays à adopter des traitements plus coûteux, imposant ainsi un fardeau supplémentaire aux services de santé. Plus de 10 pays ont bénéficié d'un appui en vue d'actualiser leurs politiques pharmaceutiques par l'adoption de polythérapies à base d'artémisinine.

45. Dans le domaine d'activité **Vaccination et mise au point de vaccins**, le nombre des pays où la poliomyélite est endémique est tombé de quatre en 2001 à deux (Niger et Nigéria) à la fin de 2003. Des efforts accrus ont été fournis pour empêcher la propagation de la maladie aux pays voisins. Tous les 16 laboratoires du réseau polio ont reçu l'accréditation de l'OMS. En collaboration avec l'UNICEF, plus de 95 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole dans 21 pays grâce à des campagnes supplémentaires de vaccination qui ont permis d'éviter près de 70 000 décès annuels par rougeole. Le taux de couverture par le DTC3 est passé de 55 % en 2001 à 63 % en 2003.

46. La **Stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte** a été mise en œuvre dans 40 pays, permettant ainsi d'améliorer la détection des flambées épidémiques. Les équipes régionales de riposte aux épidémies ont pu être déployées sur le terrain moins de 48 heures en moyenne après réception de la demande. Un centre de surveillance pluripathologies a été créé à Ouagadougou pour assurer la surveillance de l'onchocercose et d'autres maladies transmissibles dans la Région.

47. Concernant l'**Éradication et l'élimination des maladies**, la prévalence de la dracunculose a été réduite de 36 %, passant de 14 243 cas en 2001 à 9123 cas en 2003. Sept nouveaux pays ont atteint l'objectif de l'élimination de la lèpre en 2003, ce qui porte à 39 le nombre des pays ayant atteint cet objectif. Les trois pays les plus touchés par la lèpre (Angola, Madagascar et Mozambique) ont intensifié leurs activités d'élimination.

48. Dans le but de renforcer la **Recherche sur les maladies transmissibles**, le Centre de recherche sur les maladies tropicales de Zambie et l'Institut national de lutte contre les maladies transmissibles d'Afrique du Sud ont été identifiés pour être désignés comme Centres collaborateurs de l'OMS.

49. La charge de morbidité croissante liée aux **Maladies non transmissibles** qui s'ajoute à celle des maladies transmissibles, a continué de peser sur les services de santé de la Région, déjà à la limite de leurs capacités. Pour faire face à ce problème, 16 pays ont bénéficié d'un appui pour se doter de moyens accrus par le biais de l'approche graduelle préconisée par l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Dix d'entre eux ont entrepris de mettre en place des systèmes de surveillance des maladies non transmissibles.

50. Deux nouveaux centres de recours pour la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus ont été créés, l'un en Tanzanie, l'autre en Angola. Dix pays supplémentaires ont institué des programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

51. En matière de **Lutte contre le tabagisme**, la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a commencé dans la Région. Des participants de 12 pays ont été formés à la méthodologie de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et 16 pays ont bénéficié d'une formation pour l'analyse des résultats et l'établissement des rapports concernant cette enquête.

52. Les capacités nécessaires à la mise en œuvre d'approches multisectorielles de la **Promotion de la santé** ont été renforcées dans 19 pays et des actions de santé en milieu scolaire ont démarré dans 15 pays.

53. Dans le domaine du **Renforcement des systèmes de santé**, les participants à la réunion mondiale sur les soins de santé primaires tenue à Madrid (Espagne) ont réaffirmé la pertinence de la politique des SSP et ses principes fondamentaux. Les résultats d'une étude sur la mise en œuvre de cette politique dans la Région africaine ont confirmé la détérioration des tendances sanitaires. Bien que les pays aient manifesté la volonté d'agir comme en attestent leurs politiques de santé, la mise en œuvre des SSP se heurte à de sérieux obstacles. Les plus importants sont notamment la faible performance des économies, l'instabilité politique et les guerres, les pandémies de VIH et de SIDA, l'émergence d'autres maladies infectieuses, les faiblesses de l'infrastructure sanitaire et l'inadéquation des ressources humaines destinées à la santé.

54. À la suite d'une évaluation du fonctionnement des systèmes de santé de district dans 15 pays, des programmes ont été lancés en vue de renforcer les capacités de gestion des services de santé de district. Huit pays ont mis en place des Comptes nationaux de santé et mis à profit les résultats obtenus aux fins du dialogue politique sur le financement de la santé. Certains d'entre eux, dont le Kenya et le Ghana, ont institué des systèmes sociaux d'assurance maladie offrant une couverture universelle et garantissant un financement équitable de l'action de santé.

55. Un manuel sur la gestion des médicaments au niveau des centres de santé a été élaboré et utilisé dans trois pays, à savoir la Gambie, le Malawi et le Lesotho. Ce manuel a permis d'améliorer la gestion des médicaments au niveau des services de soins de santé primaires. On a également formé 37 responsables aux méthodes de gestion de la qualité des services de transfusion sanguine dans le but d'améliorer la sécurité transfusionnelle.

56. En ce qui concerne la **Santé de l'enfant et de l'adolescent**, un appui a été fourni à 19 pays, au cours de la période biennale, pour la mise en œuvre de programmes intégrés de santé des adolescents reposant sur la stratégie appelée Alliance des parents, des adolescents et de la communauté. Au total, 43 pays ont appliqué la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

57. Au sujet de la **Mortalité maternelle**, les bons résultats obtenus par les pays africains qui sont parvenus à la réduire ont été analysés et diffusés afin de servir d'exemple. Neuf pays ont bénéficié d'une aide pour élaborer et appliquer des principes directeurs nationaux en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre de la santé de la reproduction. Une enquête sur les accouchements à domicile conduite dans quatre pays a montré que de 70 à 90 % des accouchements avaient lieu à la maison aussi bien dans les zones urbaines que rurales. Les résultats de cette étude serviront de base pour l'élaboration d'interventions à base communautaire destinées à améliorer les conditions des accouchements réalisés en institution et l'issue des grossesses. L'Initiative «Pour une grossesse à moindre risque», qui vise à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, a été mise en œuvre dans 34 pays.

58. S'agissant de la **Santé de la femme**, les résultats d'une évaluation conduite cinq ans après le lancement du Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique ont montré que les pays avaient pris des mesures politiques et législatives. On a également constaté un engagement plus marqué de la part des organisations non gouvernementales et de la société civile, ainsi qu'une amélioration des soins prodigués aux femmes ayant subi des mutilations génitales.

59. Dans le domaine d'activité **Milieus favorables à la santé et développement durable**, les stratégies régionales sur la santé et l'environnement et sur la pauvreté et la santé ont été élaborées et adoptées en 2002. Le rapport *Macroéconomie et santé* et une stratégie régionale sur la salubrité des aliments et la santé ont été élaborés et adoptés l'année suivante. Les résolutions adoptées sur ces questions sont à différents stades d'exécution dans les pays de la Région.

60. Le Comité consultatif africain sur la pauvreté et la santé a été créé en 2002. Des manuels sur les villes-santé ont été produits et distribués dans les pays. Quatre centres de coordination interpays pour la **riposte aux situations d'urgence** ont été créés pour les sous-régions de l'Afrique australe, occidentale, orientale et centrale.

61. En ce qui concerne **l'Administration et les finances**, l'accent a été mis sur la rationalisation et l'amélioration des processus de gestion des ressources financières, humaines et autres dans la Région. Parmi les réalisations les plus marquantes, il faut citer une meilleure capacité de réponse aux demandes; l'installation d'un système informatisé de gestion du personnel; une aide accrue fournie aux bureaux de l'OMS dans les pays pour la gestion des fonds et les fonctions de supervision, en particulier aux fins des programmes d'éradication de la poliomyélite; et l'amélioration du système de gestion comptable du Bureau régional pour les pays, y compris des contrôles des dépenses.

62. Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de la **Technologie de l'information et de la communication** au Bureau régional et dans les bureaux de pays. S'agissant des **Services administratifs et logistiques**, le transfert des membres du personnel et des matériels et équipements de Harare à Brazzaville a été opéré avec succès. Les conditions de travail et de vie au Bureau régional ont été sensiblement améliorées.

63. À la fin de la période biennale, le Budget exécuté s'élevait au total à environ US \$500 millions.

64. Pour ce qui concerne le **Développement et la direction d'ensemble des programmes**, l'évolution du contexte sanitaire et les attentes plus grandes des États Membres ont conduit à la révision des modalités de l'action engagée par l'OMS pour répondre aux besoins des pays. L'initiative en faveur des pays a fourni le cadre nécessaire à des actions plus efficaces et adaptées aux besoins particuliers des pays. Dans ce contexte, 39 pays ont achevé la rédaction de leur stratégie OMS de coopération avec les pays.

65. Les bureaux de l'OMS dans les pays ont été renforcés grâce au transfert de fonds plus importants en faveur des pays, à la délégation de pouvoirs plus étendus aux Représentants de l'OMS. Les capacités en gestion du programme ont été renforcées dans 35 pays par la formation à la gestion basée sur les résultats et l'utilisation du système de gestion des activités.

66. Plusieurs facteurs ont contribué à ces réalisations, notamment :

- a) un engagement politique réel, aux niveaux mondial et national, en faveur des actions à engager pour faire face aux problèmes de santé de la Région africaine;
- b) des initiatives internationales conçues pour répondre aux besoins prioritaires de la Région et offrant des possibilités de coopération fructueuse;
- c) l'existence de liens de collaboration et de partenariats entre l'OMS et d'autres entités du secteur de la santé aux niveaux national, régional et mondial;
- d) la collaboration entre les différents échelons de l'OMS, soit le Siège, le Bureau régional et les bureaux dans les pays;
- e) une impulsion positive donnée par la Direction du Bureau régional, un esprit d'équipe exemplaire et une collaboration efficace au sein de l'OMS.

67. Toutefois, les principaux obstacles rencontrés ont été :

- a) le contexte macro-économique défavorable de la Région;
- b) des situations d'urgence fréquentes;
- c) une croissance réelle zéro du budget ordinaire et une trop forte dépendance à l'égard d'autres sources de fonds, la dépréciation du dollar des Etats-Unis et l'augmentation des dépenses de fonctionnement au Bureau régional.

68. Les perspectives pour l'exercice à venir devraient inclure les éléments suivants :

- a) la délégation de pouvoirs accrus aux Représentants de l'OMS et le renforcement des capacités des équipes de l'OMS dans les pays pour répondre plus efficacement aux besoins des pays;
- b) le transfert de ressources plus importantes en faveur des pays selon les orientations du Directeur général;
- c) l'institution de partenariats et d'alliances plus solides pour favoriser la mobilisation de ressources accrues et constituer un front uni pour combattre la pauvreté et la maladie;

- d) le maintien de l'appui fourni aux États Membres en vue du développement de leurs systèmes de santé et de l'amélioration de l'accès aux services;
- e) le renforcement de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances aux fins de la prise de décisions.

69. Les membres du Comité ont félicité le Directeur régional de la qualité du rapport biennal. Au cours de la discussion qui a suivi, plusieurs observations et recommandations ont cependant été formulées.

70. Au sujet de la validation et du partage des meilleures pratiques, il a été suggéré d'élaborer une matrice qui permette de recenser les meilleures pratiques dans la Région et de tirer profit de ces enseignements aux fins de la coopération technique entre les États Membres. À cet égard, les travaux menés en Afrique du Sud sur la réglementation des prix des médicaments essentiels, l'agrément des professionnels appelés à distribuer les médicaments, la médecine traditionnelle, et la signature de codes de conduite avec les pays développés qui recrutent des ressources humaines pour la santé, devraient être documentés et partagés avec d'autres pays. Les plans d'assurance maladie actuellement mis en œuvre dans un certain nombre de pays de la Région devraient être documentés et portés à la connaissance des autres pays; il en est de même des résultats de l'évaluation des soins de santé primaires réalisée au Botswana.

71. S'agissant des centres collaborateurs de l'OMS, leur désignation devrait faire l'objet d'un examen attentif garant de l'excellence de ces centres.

72. En ce qui concerne les bourses, le Comité a recommandé de revitaliser le programme de bourses de l'OMS; d'intensifier la formation dans les domaines de l'économie de la santé, de la planification et de la gestion; et de privilégier la formation à l'intérieur de la Région africaine car l'attribution de bourses pour des pays développés risque d'accentuer l'exode des cerveaux.

73. Pour ce qui est de la recherche, le Comité a recommandé que des bases de données sur la recherche en santé et les chercheurs travaillant dans ce domaine soient mises à jour et distribuées. Il faudrait également approfondir les travaux sur la médecine traditionnelle, renforcer les services de laboratoire afin de garantir la sécurité transfusionnelle et consolider les systèmes nationaux d'information sanitaire.

74. S'agissant des objectifs du Millénaire pour le développement, le Comité a souligné la nécessité de trouver des moyens novateurs d'aider les pays à les atteindre. Il faudrait également renforcer la communication entre les pays pour promouvoir l'action de santé.

75. En ce qui concerne la lutte contre le VIH et le SIDA, les délégués ont exprimé des préoccupations au sujet de l'Initiative «3 millions d'ici 2005», qui risque de réduire l'attention et les ressources consacrées à la prévention par les États Membres. Ils ont donc souligné la nécessité de trouver le juste équilibre entre le traitement et la prévention du VIH et du SIDA.

76. Pour ce qui est des interventions relatives au paludisme, les délégués ont regretté l'absence de référence aux pulvérisations d'insecticide à effet rémanent dans les habitations, qui constituent une intervention efficace de prévention du paludisme. Ils ont exprimé des inquiétudes au sujet des prix élevés de la polythérapie à base d'artémisinine et de la difficulté à y accéder. Ils ont souligné la nécessité de donner des orientations et des avis sur les moyens d'obtenir des médicaments sûrs et de bonne qualité pour le traitement présomptif intermittent des femmes enceintes ainsi que sur la formulation et le dosage corrects pour les enfants. Il conviendrait par ailleurs de définir des lignes directrices sur les meilleurs moyens de réduire la mortalité maternelle.

77. En ce qui concerne les soins de santé primaires, le Comité a insisté pour que l'OMS et les pays mettent suffisamment l'accent sur l'accès à de tels soins (en particulier pour les personnes démunies) afin que le rôle de la prévention des maladies ne continue pas d'être ignoré. Les États Membres devraient par ailleurs déterminer les personnes indigentes qui ont besoin des subventions de l'État.

78. S'agissant du financement, il convient de poursuivre le plaidoyer en vue d'augmenter les dotations budgétaires nationales en faveur du secteur de la santé, l'objectif étant d'atteindre les 15 % que les Chefs d'État ont annoncés à Abuja. Certains membres du Comité ont souhaité avoir plus d'informations sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), tandis que d'autres ont exprimé leur préoccupation au sujet de la pérennité des programmes de santé qu'appuient actuellement des initiatives internationales de financement telles que le GFATM.

79. En ce qui concerne le Budget Programme 2006–2007, s'il a été reconnu que la politique de l'OMS est maintenant de se focaliser sur les pays, les délégués ont cependant regretté que les chiffres du budget figurant dans les Annexes 1 et 2 semblent montrer le contraire.

80. Le Directeur régional a remercié le Comité pour ses précieuses suggestions et l'a assuré que ses commentaires et recommandations ne manqueront pas d'être pris en compte. Il a convenu avec les délégués que le recouvrement des coûts, aussi modeste soit-il, s'est révélé un frein à l'accès des pauvres aux soins et, bien que l'assurance maladie ne soit pas une panacée, elle peut contribuer à améliorer le financement de la santé. Le Dr Samba a relevé la nécessité pour les pays de continuer à faire campagne en vue de réclamer une compensation aux pays développés qui tirent profit de l'émigration des ressources humaines relevant de la santé.

81. En ce qui concerne le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Comité a été informé de la tenue prochaine d'une réunion à Harare (Zimbabwe) en septembre 2004 pour permettre aux États Membres de partager les données d'expérience et de convenir des mesures à prendre en vue d'améliorer l'accès aux fonds. Les conclusions et recommandations de cette réunion guideront les travaux des réunions consacrées à la même question qui se tiendront à Genève en 2005.

82. S'agissant des ressources humaines pour la santé, le Comité a été informé du grand intérêt manifesté par les partenaires de développement (organismes bilatéraux et multilatéraux) même pour des questions controversées comme le versement d'un complément de salaire aux fonctionnaires. Un sommet des Chefs d'État consacré aux ressources humaines pour la santé se tiendra en République du Congo en avril 2005. Une base de données relative au développement des ressources humaines a été mise en place et un outil conçu pour faciliter la collecte de données de qualité dans les pays. Quelques-unes des meilleures pratiques en vigueur dans la Région africaine ont par ailleurs été validées et un rapport relatif à l'évaluation des soins de santé primaires menée dans de nombreux pays sera bientôt publié.

83. Le Comité a été informé que le Bureau régional avait pris l'initiative d'élaborer une feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique. Ce document définit les interventions à mener pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. L'Union africaine joue un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de cette feuille de route, dont le succès dépendra cependant de la situation microéconomique et macroéconomique des pays. Le Comité a reçu l'assurance que les lignes directrices applicables au traitement préventif intermittent du paludisme avaient été élaborées et distribuées aux pays.

84. S'agissant de la répartition du budget ordinaire de l'Organisation, le Comité a été informé que la Région africaine avait reçu le plus fort pourcentage comparé aux autres Régions de l'OMS.

Adoption du rapport biennal

85. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il est contenu dans le document AFR/RC54/2 en prenant en compte les informations complémentaires et les commentaires soumis par les délégués.

CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (documents AFR/RC54/6, AFR/RC54/7, AFR/RC54/8)

86. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté les documents relatifs aux points 8.1, 8.2 et 8.3 de l'ordre du jour. Elle a invité le Comité à les examiner et à donner des orientations sur : i) les stratégies proposées pour la mise en œuvre des diverses résolutions d'intérêt pour la Région africaine adoptées par la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-treizième session du Conseil exécutif; ii) les implications régionales des ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé; et iii) la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC54/6)

87. Le document présente les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-treizième session du Conseil exécutif. Ces résolutions sont les suivantes :

- a) Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*) : surveillance et lutte (WHA57.1)
- b) Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (WHA57.2)
- c) Éradication de la dracunculose (WHA57.9)
- d) Sécurité routière et santé (WHA57.10)
- e) Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille (WHA57.11)
- f) Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international (WHA57.12)
- g) Génome et santé dans le monde (WHA57.13)
- h) Intensifier le traitement et les soins du VIH/SIDA dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée (WHA57.14)
- i) Promotion de la santé et modes de vie sains (WHA57.16)
- j) Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (WHA57.17)
- k) Transplantation d'organes et des tissus humains (WHA57.18)
- l) La migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (WHA57.19)

88. Le rapport ne reprend que les paragraphes pertinents du dispositif de chaque résolution, accompagnés d'indications sur les mesures déjà prises ou envisagées.

89. Le Comité a été invité à examiner et à commenter les stratégies proposées pour assurer la mise en œuvre des résolutions intéressant la Région africaine et à donner des orientations générales sur les moyens d'y parvenir.

90. En ce qui concerne la résolution relative à la famille et à la santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille (WHA57.11), les délégués ont estimé qu'il était nécessaire que les pays évaluent l'impact des divers programmes et politiques actuellement mis en œuvre à ce sujet, en particulier ceux qui se rapportent aux jeunes et aux adolescents. Cette question devrait être intégrée dans le document.

91. Pour ce qui est de la résolution WHA57.12 intitulée «Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international», les délégués ont exprimé leur profonde préoccupation au sujet des taux de mortalité maternelle élevés ou en augmentation observés dans la Région. Parmi les diverses stratégies et actions susceptibles de réduire cette mortalité, il faut inclure l'amélioration de la coordination des initiatives régionales actuellement soutenues par différents partenaires; la standardisation des méthodes de surveillance des tendances de la mortalité maternelle dans le

cadre des objectifs du Millénaire pour le développement; la promotion et le soutien de la mise en œuvre de systèmes d'autopsies verbales des décès maternels dans les pays; l'amélioration du système d'orientation-recours; le partage des bonnes pratiques et l'accélération de la mise en œuvre des interventions connues pour leur efficacité; l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, y compris des systèmes de transport communautaires organisés et novateurs. Cependant, certaines questions restent encore sans solution, notamment la disponibilité d'un personnel suffisamment qualifié pour assister les accouchements et la définition du rôle exact des accoucheuses traditionnelles. Les délégués ont réaffirmé la nécessité de ressources financières adéquates pour accélérer la mise en œuvre des interventions qui ont fait leur preuve.

92. S'agissant de la résolution WHA57.14 relative à l'intensification du traitement et des soins dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée au VIH/SIDA, les délégués ont estimé que le renforcement des systèmes de santé devrait mettre l'accent sur le système d'information sanitaire, les services de diagnostic et de laboratoire ainsi que sur les systèmes d'achat et de distribution des médicaments. Ils ont demandé au Bureau régional de mener une action de plaidoyer et de promotion en faveur de l'égalité d'accès au traitement du VIH et du SIDA. Ils ont également souligné les besoins de ressources et d'un appui pour la mise en place de centres de pharmacovigilance chargés de surveiller les effets indésirables de la thérapie antirétrovirale ainsi que pour standardiser les protocoles de traitement aux niveaux national et sous-régional, assurer la libre circulation de l'information entre les pays et promouvoir la production locale de médicaments génériques. Ils ont demandé au Bureau régional de minimiser les changements dans la liste de pré-qualification des médicaments antirétroviraux (ARV), de tenir un stock régional d'urgence de ces produits afin d'éviter la discontinuité du traitement dans les pays, et d'intégrer les considérations sexospécifiques dans les soins et le traitement. Ils sont convenus qu'il fallait accorder plus de place à la médecine traditionnelle et à la promotion d'une nutrition adéquate et appropriée dans le traitement du VIH et du SIDA. Les délégués ont en outre exprimé leur préoccupation au sujet des procédures bureaucratiques qui entravent l'accès au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ils ont prié le Bureau régional d'intervenir pour faciliter ce processus.

93. En ce qui concerne la résolution WHA57.17 : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, les délégués ont recommandé à l'OMS de promouvoir l'enrichissement des aliments et de prendre une position ferme contre la publicité des «fast-foods» qui contribuent à l'obésité. Il convient de souligner le rôle déterminant d'une alimentation adéquate pour les enfants et les femmes enceintes ou qui allaitent un enfant.

94. S'agissant de la résolution relative à la transplantation d'organes et de tissus humains (WHA57.18), les délégués ont demandé au Bureau régional d'apporter un appui aux pays pour élaborer et adopter une législation conséquente, notamment pour protéger les pauvres contre l'exploitation.

95. Pour ce qui est de la résolution WHA57.19 intitulée «La migration internationale du personnel de santé : un défi pour les services de santé des pays en développement», les délégués ont souligné à nouveau l'ampleur du problème dans leurs pays, en particulier la fuite des cerveaux vers l'extérieur, la migration des personnels entre le secteur public et le secteur privé et le déséquilibre entre les zones rurales et les zones urbaines, ainsi que la nécessité d'avoir des ressources humaines pour la santé si on veut mener à bien les stratégies de développement sanitaire. Ils ont demandé à l'OMS de communiquer aux pays les résultats des enquêtes portant sur la migration et la fidélisation du personnel de santé; de promouvoir le partage des données d'expérience et la collaboration entre les pays en matière de ressources humaines; de faire campagne pour une intensification du dialogue avec les organismes de développement; d'aider les pays à faire revenir leurs ressortissants de la diaspora; et de fournir aux pays des orientations et des stratégies pour leur permettre de retenir les professionnels de la santé. Reconnaissant la portée régionale du problème, les délégués ont suggéré la mise en place d'un groupe spécial régional chargé de rechercher, de recueillir et d'exploiter l'information disponible sur la migration et la motivation du personnel de santé afin de rédiger un document à soumettre aux instances supérieures (Union africaine, Commonwealth, Assemblée générale des Nations Unies, Banque mondiale, Fonds monétaire international, etc.). Il a été observé que la fidélisation ne dépend pas seulement des incitations financières mais aussi des préoccupations sociales, politiques et économiques. Il a été rappelé aux délégués que l'année 2006 a été déclarée Année des Ressources humaines pour la Santé.

Ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-cinquième session du Comité régional (document AFR/RC54/7)

96. Le document contient les projets d'ordres du jour provisoires établis respectivement pour la cent-quinzième session du Conseil exécutif, qui se tiendra en janvier 2005, et pour la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, prévue pour mai 2005, ainsi que le projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante-cinquième session du Comité régional, qui aura lieu du 22 au 26 août 2005.

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

98. Les points ci-après sont inscrits sur les ordres du jour respectivement établis pour la cent-quinzième session du Conseil exécutif, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et la cinquante-cinquième session du Comité régional :

- a) Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour
- b) Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation
- c) Réponse aux aspects sanitaires des situations de crise
- d) Onzième Programme général de Travail 2006–2015
- e) Projet de Budget Programme pour l'exercice 2006–2007

- f) Sécurité transfusionnelle : proposition d'établir une journée mondiale du donneur de sang
- g) Poliomyélite
- h) Sommet mondial sur la recherche en santé
- i) Intensifier le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée au VIH/SIDA (WHA57.14)

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

100. À la suite de l'exposé relatif à ce document, les délégués ont proposé l'inscription de points supplémentaires à l'ordre du jour provisoire de la cinquante-cinquième session du Comité régional, à savoir : i) la lutte contre le paludisme dans le contexte des cibles fixées lors du Sommet d'Abuja; et ii) la mise en œuvre de la Convention cadre pour la lutte antitabac. Ils ont également proposé que l'ordre du jour soit modifié pour y inclure une table ronde à l'intention des délégués. Ils ont en outre proposé des modifications à l'ordre du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif afin d'y inclure la Convention internationale contre le clonage reproductif de l'être humain et la Convention-cadre pour la lutte antitabac; cette dernière convention devait également être inscrite à l'ordre du jour de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Ils ont par ailleurs proposé que des instances internationales examinent le changement de terminologie consistant à utiliser *VIH et SIDA* au lieu de *VIH/SIDA*.

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

(document AFR/RC54/8)

101. Ce document est destiné à faciliter les travaux des États Membres à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

102. Après avoir examiné le document, le Comité régional a donné des avis sur les projets de décisions de procédure. Compte tenu des groupements sous-régionaux, les délégués ont proposé que le Libéria, Madagascar, la Namibie et le Rwanda se joignent à la Guinée-Bissau, au Kenya et au Lesotho pour représenter la Région africaine au Conseil exécutif. Les délégués ont souligné la nécessité de l'équité dans l'allocation du siège flottant entre les Sous-Régions. Il leur a été instamment demandé d'identifier les questions qui appellent une position commune de la part de la Région africaine, et de désigner les pays devant rédiger les déclarations conjointes. Un pays dûment désigné devrait intervenir au nom de la Région. L'inscription de cette intervention devrait être faite à temps; il a été proposé que l'Érythrée intervienne au nom de la Région africaine. Par ailleurs, il ne faudrait plus qualifier d'*informelle* la réunion des Ministres africains de la Santé qui se tient pendant l'Assemblée mondiale de la Santé. Les recommandations seront transmises au Directeur général.

DÉSIGNATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL

103. Lors d'une séance privée tenue le 2 septembre 2004, le Comité régional a, conformément à l'Article 52 de la Constitution de l'OMS et à l'Article 52 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique, désigné le Dr Luis Gomes Sambo au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique à compter du 1^{er} février 2005. Le Comité a adopté à ce sujet la résolution AFR/RC54/R1.

Expression de gratitude et orientations pour l'avenir par le Dr Luis G. Sambo

104. Le Dr Luis G. Sambo a exprimé sa sincère gratitude au Président José Eduardo Dos Santos d'Angola et au Gouvernement angolais pour l'excellent appui qu'ils lui ont apporté durant la campagne et l'élection au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

105. Il a exprimé ses remerciements à tous les Ministres de la Santé pour l'avoir désigné au poste de Directeur régional. Il a déclaré que cette désignation était le signe évident de leur confiance et de leur foi à l'égard du Bureau régional compte tenu des réalisations accomplies durant la période où il occupait les fonctions de Directeur de la Gestion du Programme, sous l'autorité du Dr Ebrahim M. Samba. Le Dr Sambo a assuré le Comité qu'il allait faire tout ce qui est en son pouvoir, non seulement pour maintenir mais aussi pour améliorer l'appui apporté par l'OMS aux États Membres en vue d'optimiser la santé et le bien-être de toutes les populations de la Région africaine.

106. Le Dr Sambo a adressé ses sincères remerciements au personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'appui et la confiance que celui-ci lui a témoignés durant son mandat en tant que Directeur de la Gestion du Programme. Il a déclaré que son élection était le signe que les États Membres approuvaient l'œuvre accomplie par le Secrétariat de l'OMS, et constituait donc une victoire collective. Il s'est déclaré optimiste au sujet de leur collaboration future en vue d'améliorer la santé de tous les Africains.

107. Il a remercié le Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, de lui avoir beaucoup appris, non seulement au sujet de l'éthique professionnelle, mais surtout sur le sens de la vie et en particulier sur l'importance des relations humaines. Il a remercié le Dr Samba d'avoir laissé une large place aux suggestions et d'avoir approuvé que des modifications soient apportées au processus gestionnaire du Bureau régional de l'OMS. Il a également remercié le Dr Samba d'avoir été son guide et de lui avoir donné des conseils comme un père.

108. Le Dr Sambo a assuré le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS, de sa collaboration maximum. Il a informé le Comité que le Directeur général et lui-même se connaissaient et collaboraient depuis longtemps et que leurs relations avaient toujours été excellentes. Il a déclaré que les rapports de travail positifs qui existent actuellement avec le Siège et d'autres Bureaux régionaux allaient être renforcés.

109. Il a remercié les autres candidats au poste de Directeur régional pour leur vive compétition et a rendu hommage aux contributions positives que les uns et les autres avaient apportées à divers titres à la santé et au bien-être des populations africaines. Il a souligné que l'ampleur et la profondeur des problèmes liés au développement sanitaire de la Région africaine exigeaient les efforts concertés de tous et qu'il comptait beaucoup sur leur appui pour promouvoir l'action de santé dans la Région.

110. Le Dr Sambo a déclaré que de nombreux délégués lui avaient demandé ce qui allait changer sous son mandat. À cet égard, il a affirmé que les acquis positifs du passé allaient être préservés, entretenus et renforcés, mais que des changements dynamiques allaient être opérés dans tous les domaines nécessitant une amélioration pour promouvoir l'œuvre et la renommée du Bureau régional de l'OMS pour Afrique. Il a assuré le Comité que tous les changements se feraient de façon participative, en consultation étroite avec les collègues du Bureau régional et du Siège.

111. Afin de répondre aux besoins sanitaires de la Région, un accent particulier sera mis sur les stratégies de développement des systèmes de santé, l'intensification des programmes de santé ayant fait leurs preuves, l'action sur les déterminants de la santé, le plaidoyer, le partenariat et la mobilisation des ressources. Pour mener à bien toutes ces stratégies, a-t-il poursuivi, il faudra une équipe d'hommes et de femmes dévoués et déterminés, acquis aux mêmes valeurs et aux mêmes objectifs; l'attachement à l'excellence technique, à l'efficacité et à la transparence; le remodelage de l'organigramme du Bureau régional pour renforcer les rapports avec le Siège et donner plus de place aux fonctions de base qui répondent le mieux aux besoins des pays; l'esprit d'équipe pour renforcer la réflexion stratégique au Bureau régional et la conformer au Programme général de Travail de l'OMS; et l'établissement de liens avec toutes les initiatives régionales et mondiales ayant un intérêt pour la santé en Afrique.

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC54/10)

112. Le Dr Teniin Gakuruh (Kenya), Présidente du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Elle a déclaré que tous les douze membres du Sous-Comité ainsi que le membre du Conseil exécutif originaire du Gabon avaient participé aux travaux du Sous-Comité qui s'était tenu à Brazzaville du 15 au 18 juin 2004. Les membres du Conseil exécutif originaires de la Gambie et du Ghana ainsi que le Vice-Président du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires (CCARDS) n'avaient pas pu assister à la réunion.

113. Elle a informé le Comité régional que le Secrétariat avait dûment intégré les commentaires et suggestions du Sous-Comité dans les documents avant de les distribuer au Comité régional pour examen plus approfondi et adoption.

114. Le Dr Gakuruh a observé que les membres du Sous-Comité du Programme étaient intimement convaincus que les divers documents préparés par le Secrétariat étaient pertinents et venaient à point nommé, et qu'ils pourraient contribuer énormément à la santé des populations africaines s'ils étaient correctement mis en œuvre. Elle a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité des documents présentés.

Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11 Rév.1)

115. Le Dr Gakuruh, Présidente du Sous-Comité du Programme, a informé le Comité que le cadre de planification familiale, élaboré pour dix ans, avait pour but de fournir des orientations sur les mesures à prendre pour revitaliser la composante planification familiale des programmes de santé de la reproduction en vue de l'adoption d'une approche globale permettant d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement et de la politique de la santé pour tous.

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

117. Le Dr Gakuruh a regretté que la Région africaine continue à avoir des faibles taux de prévalence de la contraception, des taux de fécondité élevés, le taux de mortalité maternelle le plus élevé et des besoins énormes non satisfaits en matière de planification familiale (PF), alors que celle-ci constitue un élément important des soins de santé primaires et de la maternité sans risque. Elle a souligné que la planification familiale constituait un excellent point d'entrée pour l'intégration des services de santé de la reproduction et des programmes de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine, le syndrome de l'immunodéficience acquise et les infections sexuellement transmissibles (VIH/SIDA/IST). Malheureusement, les gouvernements, les décideurs et les donateurs n'accordent actuellement que très peu d'attention aux programmes de planification familiale. D'où la nécessité de replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction.

118. Elle a indiqué que la planification familiale rencontre de nombreux défis : mauvais fonctionnement des systèmes de santé; manque d'accès aux produits modernes de planification familiale; conflits et guerres civiles dans beaucoup de pays; croyances culturelles et barrières religieuses; manque de participation des hommes; inefficacité de la gestion et de la coordination des programmes. Elle a cependant souligné que de nombreuses opportunités existent pour améliorer les services de planification familiale, à savoir les partenariats mondiaux et régionaux pour les programmes nationaux de santé de la reproduction, de nombreux services de conseil et de dépistage volontaires pour le VIH/SIDA; les services mis à la disposition, tant des hommes que des femmes, sur les lieux de travail et les services à base communautaire.

119. Le Dr Gakuruh a informé le Comité que les interventions cruciales porteront sur le plaidoyer, l'amélioration de l'accès à des services de qualité et à des produits modernes; le renforcement des capacités humaines et institutionnelles; la mise en oeuvre de mesures pour répondre aux besoins des groupes vulnérables; la recherche opérationnelle; le suivi et l'évaluation.

120. Elle a estimé que pour replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction, les États Membres devront réviser leur politique de santé de la reproduction et leurs plans nationaux de développement pour y inclure la planification familiale; renforcer les partenariats; coordonner les acteurs; mobiliser les ressources; assurer des services de qualité et fournir un personnel adéquat et bien formé pour gérer les services et les produits de planification familiale. L'OMS et les partenaires fourniront un appui technique approprié et des lignes directrices aux États Membres pour la mise en oeuvre du cadre.

121. Elle a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC54/11 Rév.1, tel qu'amendé, ainsi que le projet de résolution AFR/RC54/WP/1.

122. Les participants ont tous exprimé leur satisfaction à propos de ce document à la fois pertinent et opportun, et formulé les suggestions suivantes pour l'améliorer :

- a) ajouter un paragraphe sur le rôle qui incombe aux pays dans l'approvisionnement régulier en produits de planification familiale tout en évitant d'être entièrement tributaires des financements extérieurs;
- b) mettre davantage l'accent sur les besoins des jeunes et des adolescents, en allant au-delà de la simple fourniture de produits pour y inclure les services de conseil, et rendre ces services plus accueillants pour les jeunes;
- c) dans le texte français, remplacer «santé génésique» par «santé de la reproduction»;
- d) faire davantage ressortir les questions de coordination, de partenariat et de plaidoyer en faveur de la planification familiale;
- e) mettre un accent plus marqué sur la promotion de la planification familiale dans les pays en situation de crise ou de guerre;
- f) il faudrait inclure les contraceptifs dans les trousseaux et dans les listes de médicaments essentiels;
- g) ajouter «en mettant l'accent en particulier sur les zones rurales» avant «et d'explorer les possibilités ... » dans la partie de la résolution consacrée aux États Membres (paragraphe d)

- h) il faudrait accorder la même importance à la planification familiale qu'aux services de soins obstétricaux et infantiles, et l'intégrer à ces services;
- i) la planification familiale devrait être perçue dans un contexte plus large englobant l'amélioration de la vie des femmes et des enfants ainsi que la réduction de la mortalité maternelle et infantile;
- j) il faudrait relancer la distribution communautaire des produits de planification familiale;
- k) préparer une résolution sur la mortalité maternelle;
- l) l'OMS devrait soutenir et promouvoir la fabrication locale de produits de planification familiale, fournir les orientations nécessaires et aider à la mise en place des structures en vue de la réalisation des tests de contrôle de qualité des préservatifs;
- m) inclure davantage de statistiques sur la Région africaine au paragraphe 7;
- n) établir la corrélation nécessaire entre la croissance démographique et la croissance économique;
- o) il faudrait utiliser le sport comme canal pour approcher les jeunes, en plus des programmes classiques.

123. Le Directeur régional a remercié le Comité pour ses commentaires et ses suggestions au sujet de cette importante question; il a rappelé que la planification familiale devait être associée à la maternité sans risque plutôt qu'à la limitation des naissances et qu'il importait d'examiner ce sujet en terme de corrélation entre la croissance démographique et la croissance économique. Il a encouragé l'utilisation des centres de formation existant dans les États Membres.

124. Le Secrétariat de l'OMS a donné des éclaircissements sur les questions soulevées par les délégués et leur a précisé pour référence appropriée, les paragraphes pertinents du document relatif à ces questions. Parlant des partenariats, le Dr Oluwole a déclaré que plusieurs partenaires avaient participé à l'élaboration du document et qu'une réunion était prévue au mois de novembre 2004 en vue de replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction. Elle a cité l'Alliance des Parents, des Adolescents et des Communautés (APADOC) comme une stratégie globale destinée à répondre aux besoins et aux problèmes de santé des adolescents, y compris la réduction des grossesses chez les adolescentes. Elle a promis de préparer avant la fin du Comité régional une résolution relative à la santé maternelle, en rapport avec la Feuille de route (document AFR/RC54/INF.DOC/6).

125. Le Secrétariat de l'OMS a assuré les délégués que leurs précieuses observations seront prises en compte pour enrichir le document et faciliter la mise en œuvre du cadre.

126. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R2.

Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire
(document AFR/RC54/12 Rév.1)

127. Le Dr Teniin Gakuruh, Présidente du Sous-Comité du Programme, a informé le Comité régional que ce document porte essentiellement sur les moyens de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS), et qu'il décrit comme suit, les quatre sous-systèmes des SNIS : notification régulière des maladies et autres affections médicales, avec l'appui des systèmes de surveillance des maladies; notification portant sur des programmes spéciaux et des enquêtes; système d'information pour la gestion des ressources sanitaires; et système d'enregistrement des données démographiques relatives aux naissances, aux décès et aux mouvements migratoires.

128. Le document, a-t-elle indiqué, souligne le fait que malgré quelques progrès accomplis, les systèmes nationaux d'information sanitaire présentent de nombreuses faiblesses : absence de politiques, structures mal organisées, pénurie de ressources, données incomplètes et utilisation insuffisante de l'information disponible.

129. Le Dr Gakuruh a ajouté que le document propose huit domaines d'action prioritaires pour aider les pays à surmonter ces problèmes, à savoir :

- a) l'élaboration d'une politique et d'un plan stratégique clairs sur les systèmes nationaux d'information sanitaire;
- b) la mise en place ou le renforcement de structures de gestion appropriées en tenant compte du fait que les SNIS comprennent plusieurs sous-systèmes;
- c) le renforcement des capacités et de la performance du personnel;
- d) l'intégration systématique des systèmes nationaux d'information sanitaire aux niveaux central, régional, provincial et de district;
- e) le renforcement de l'utilisation de la technologie de l'information (matériel et logiciel) en vue de faciliter et d'accélérer le traitement, le stockage et l'extraction des données;
- f) l'institutionnalisation de l'évaluation régulière de la performance des systèmes nationaux d'information sanitaire;

- g) la promotion de l'utilisation de l'information et des données factuelles pour faciliter le dialogue politique et la prise de décisions;
- h) l'adoption de mesures pour assurer la logistique et toutes les conditions nécessaires en vue de rendre le système opérationnel.

130. La Présidente du Sous-Comité du Programme a informé le Comité régional que le document définit également le rôle et les responsabilités des pays, des partenaires et de l'Organisation mondiale de la Santé dans la mise en œuvre des interventions proposées.

131. Elle a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC54/12 Rév.1 ainsi que le projet de résolution AFR/RC54/WP/2.

132. Les participants ont tous reconnu la pertinence et l'importance de ce document qui vient à point nommé, en particulier du point de vue des politiques, de la planification et de l'évaluation de la mise en œuvre des programmes.

133. Des délégués ont fait part de leurs préoccupations au sujet de la multiplicité des systèmes d'information des différents programmes et partenaires, de la mauvaise qualité des données, de l'insuffisance des capacités d'analyse, de notification des données en temps voulu et d'utilisation de l'information à tous les niveaux. Les participants ont également souligné la nécessité d'assurer, au niveau des pays, une meilleure coordination intersectorielle des informations liées à la santé, et qui proviennent par exemple des services nationaux de statistiques, des ministères de la planification économique, de la population, de l'éducation, etc.

134. Soucieux d'assurer aux pays l'appui dont ils ont besoin pour s'attaquer aux grands problèmes qui se posent, les délégués ont demandé l'appui de l'OMS pour l'élaboration de politiques et de plans, la définition des indicateurs pertinents pour les différents niveaux, la formation à l'analyse des données et à leur utilisation pour la prise de décisions et la planification, et enfin l'identification, l'acquisition et l'utilisation de nouvelles technologies de l'information.

135. Les réformes du secteur de la santé en cours dans les pays ainsi que les multiples possibilités d'accès aux technologies de l'information devraient fournir au Bureau régional les arguments nécessaires pour soutenir son plaidoyer auprès des pays et des partenaires afin de les inciter à consacrer des ressources accrues aux systèmes nationaux d'information sanitaire.

136. Dans sa réponse, le Directeur régional a mis l'accent sur la nécessité pour les pays de travailler à la mise en place d'un système unifié d'information sanitaire bénéficiant de l'appui de l'ensemble des partenaires. Il a également remercié les membres du Comité pour leurs observations et de leurs suggestions sur cette question importante.

137. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R3.

Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13 Rév.1)

138. Le Dr Sidy Diallo, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a souligné que ce document, qui présente un examen approfondi des questions essentielles, fait état du manque de services complets de santé et de sécurité pour les travailleurs de la Région africaine.

139. Le document contient également les observations suivantes sur les pays où des études ont été menées :

- a) 63 % pratiquaient une gestion des risques et 41 % faisaient de l'information et de l'éducation;
- b) 26 % procédaient à des examens médicaux avant l'emploi et 33 % assuraient des services de vaccination, des examens spéciaux et le traitement;
- c) 7 % réalisaient des recherches, procédaient à des examens aux fins d'indemnisation, assuraient le développement des ressources humaines et offraient des services d'éducation et de conseil pour la lutte contre le VIH/SIDA;
- d) 7 % réalisaient des recherches sur le tabagisme et recueillaient des données relatives à la santé des travailleurs;
- e) 48 % possédaient une législation concernant la médecine du travail et 37 % disposaient d'une législation relative à la santé au travail; toutefois, les ressources humaines nécessaires pour surveiller l'application de ces lois étaient insuffisantes.

140. Le Dr Diallo a noté que le document présente aussi plusieurs défis à relever dans le domaine de la santé des travailleurs. Les travailleurs de l'agriculture et de l'industrie sont de plus en plus exposés à des traumatismes ou maladies provoqués par des produits chimiques ou des machines. Dans le secteur des services et les villes surpeuplées, les travailleurs souffrent de stress et d'épuisement ainsi que des risques liés au bruit et aux excès de température. Le travail des enfants est associé à la pauvreté, à l'insuffisance de ressources en matière d'instruction, à l'absence de normes et à l'incapacité de faire appliquer les textes pertinents. Les programmes de santé et de sécurité sur les lieux de travail, destinés à protéger les travailleurs contre les maladies infectieuses, sont peu nombreux.

141. Le Dr Diallo a informé le Comité que le document propose les interventions prioritaires suivantes pour relever les défis mentionnés :

- a) élaboration de politiques et de textes législatifs pour la santé et la sécurité des travailleurs;

- b) planification et mise en place de services complets de médecine du travail sur les lieux de travail et dans le cadre des programmes de soins de santé primaires;
- c) mise à disposition d'informations à jour, d'instruments et d'auxiliaires de travail ainsi que de structures organisationnelles pertinents;
- d) mise en place d'un système d'enregistrement des accidents du travail ainsi que des maladies et expositions professionnelles;
- e) poursuite de recherches sur les moyens de promouvoir la santé sur les lieux de travail et d'anticiper les problèmes nouveaux.

142. Pour conclure, le message essentiel du document est que l'existence de politiques et de services complets pour la santé et la sécurité des travailleurs permettrait de prévenir et de réduire les maladies et affections d'origine professionnelle. Il est donc indispensable que de tels services soient mis en place et assurés.

143. Le Dr Diallo a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC54/13 Rév.1 tel qu'amendé, ainsi que le projet de résolution AFR/RC54/WP/3.

144. Les participants ont tous reconnu que le document était pertinent et important. En ce qui concerne les ressources pour la santé des travailleurs, le Comité a noté : i) que le manque de ressources humaines qualifiées empêche la mise en œuvre de politiques et de législations pertinentes, ii) qu'il était nécessaire d'allouer davantage de ressources aux problèmes liés à la santé des travailleurs, notamment dans le secteur informel et dans les petites entreprises; iii) qu'il faudrait améliorer la gestion des déchets des hôpitaux et faire face aux infections nosocomiales, iv) qu'il faudrait souligner les dilemmes auxquels les personnels de santé sont confrontés, notamment ceux travaillant dans des établissements ayant peu de moyens, par exemple, l'absence de matériel de protection en cette ère du VIH et du SIDA.

145. S'agissant des politiques et des législations relatives à la santé des travailleurs, les États Membres ont mis l'accent sur la nécessité de formuler des politiques et des législations pertinentes et de veiller à leur mise en œuvre.

146. Étant donné que les questions touchant à la santé et à la sécurité des travailleurs sont de nature multidisciplinaire et multisectorielle, le Comité a souligné la nécessité de renforcer la collaboration et la coordination intersectorielle. La collaboration avec les institutions internationales, les partenariats publics et privés et la coordination des activités des divers secteurs (marché du travail, agriculture, sécurité sociale, commerce) au sein des pays revêtent une importance particulière.

147. En ce qui concerne l'information et la conscientisation, les membres du Comité ont regretté que les taux élevés d'analphabétisme et la pauvreté omniprésente dans la Région africaine prédisposent un grand nombre de travailleurs à des risques professionnels. Dans ce contexte, les zones de libre-échange dans certains pays mettent à l'épreuve leur santé.

148. Les États Membres ont exprimé leur préoccupation sur le manque d'information en ce qui concerne les conventions internationales relatives à la santé des travailleurs et sur l'absence de sensibilisation des travailleurs aux risques professionnels. À cet égard, le Comité a recommandé : i) de diffuser la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et d'autres documents connexes dans les États Membres, et ii) que les professionnels de santé prennent conscience des risques professionnels auxquels sont exposés les enfants sur les lieux de travail.

149. Le Directeur régional a remercié le Comité pour ses commentaires et suggestions sur cette question importante. Il a mis l'accent sur le fait : i) que la question de la santé des travailleurs requiert des approches multisectorielles; ii) qu'il est nécessaire de formuler et d'appliquer la législation sur la santé des travailleurs; iii) qu'il faudrait avoir en vue les groupes professionnels vulnérables tels que les agriculteurs, les femmes et les enfants; iv) qu'il est indispensable de reconnaître la contradiction entre la nécessité de l'industrialisation et du développement, d'une part, l'importance de la santé et de la sécurité des travailleurs, d'autre part.

150. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R4.

Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14 Rév.1)

151. Le Dr Julio César Sa Nogueira, Rapporteur du Sous-Comité du Programme, a indiqué que le document souligne le fait que le VIH/SIDA devient rapidement l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité dans la Région africaine, et qu'il entrave le développement et menace la sécurité intérieure des pays. Afin de répondre aux besoins en matière de soins et de traitement, les États Membres ont mis en place des services pour assurer : la prise en charge des infections opportunistes; les soins nutritionnels; la distribution de médicaments antirétroviraux; le soutien social, spirituel et psychologique ainsi que les soins palliatifs. Cependant, la prestation des soins et l'accès aux traitements sont limités dans la plupart des pays africains par le coût élevé des médicaments et des diagnostics. Il faut y ajouter l'inadéquation de l'infrastructure sanitaire et des services de laboratoire, ainsi que la pénurie de ressources humaines.

152. Comme le Dr Nogueira l'a fait observer, le document rappelle que les déclarations d'Abuja, de Maseru et de Maputo sont des catalyseurs importants en ce qui concerne l'action au niveau des pays. La communauté internationale a aussi manifesté son engagement par l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs au VIH/SIDA et les déclarations de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA. Des ressources financières accrues sont mises à la disposition des pays par le canal du Fonds mondial de lutte

contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme; du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale; et de l'*Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis.

153. Le Dr Nogueira a énuméré d'autres interventions que devront mettre en œuvre les États Membres : plaidoyer, renforcement des systèmes de santé, mobilisation de la communauté, décentralisation, intégration et partenariats, etc. Les pays sont encouragés à élaborer des plans nationaux en matière de soins, à mettre en place des équipes nationales chargées de dispenser les soins pour le VIH/SIDA, à adopter des approches simplifiées de diagnostic et de traitement, à former les agents de santé, à étendre l'accès au dépistage et au conseil et à accroître l'observance du traitement. Il est également important de faire en sorte que les agents de santé bénéficient d'un meilleur accès aux diagnostics, aux soins, aux traitements et aux médicaments. Dans la mise en œuvre des différentes interventions, il est impératif que les soins et le traitement ne se fassent pas au détriment de la prévention, qui est également un moyen de lutte important contre le VIH et le SIDA.

154. Le Dr Nogueira a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC54/14 Rév.1, tel qu'amendé, ainsi que le projet de résolution AFR/RC54/WP/4.

155. Tous les participants ont reconnu l'importance du document qui vient en temps opportun et ont fait part de leur expérience en ce qui concerne la prise en charge et le traitement du VIH/SIDA dans leur pays. Un certain nombre de pays ont indiqué qu'ils ont adopté l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

156. Les participants ont rendu compte des multiples défis auxquels ils sont confrontés et pour lesquels ils ont demandé l'appui technique de l'OMS. L'un des principaux défis est la fourniture des antirétroviraux. Il faut assurer un approvisionnement régulier et durable en médicaments en encourageant la fabrication locale de médicaments génériques, en créant des stocks régulateurs régionaux et sous-régionaux et en améliorant les achats groupés interpays pour faire baisser les coûts. Il faut d'autre part améliorer la communication avec les pays en les informant des procédures de préqualification de l'OMS et des raisons pour lesquelles des médicaments auparavant approuvés sont supprimés des listes, et en leur apportant un appui dans leurs rapports avec les fournisseurs en ce qui concerne les rappels et le remplacement de médicaments supprimés des listes. Les participants ont relevé l'absence des lignes directrices standardisées pour le traitement, les carences en ce qui concerne la réglementation des achats, la prescription et l'administration des antirétroviraux, surtout dans le secteur privé. Des défis particuliers demeurent également en ce qui concerne la mise en évidence de la résistance aux médicaments et la réalisation des recherches en la matière.

157. Les participants ont insisté sur la nécessité de poursuivre les efforts en cours pour surmonter la pénurie de ressources humaines, financières et matérielles. Ils ont relevé en particulier la pénurie d'agents de santé qualifiés et compétents pour assurer les services de conseil, des soins et de traitement. Il est de plus en plus évident que les agents de santé doivent recevoir des orientations plus approfondies sur la manière de gérer l'équilibre délicat entre la

révélation de la séropositivité et la confidentialité, compte tenu de la stigmatisation qui demeure un grand problème, de même que la sensibilisation des malades et des agents de santé afin qu'ils soient capables de déterminer le moment approprié pour commencer le traitement antirétroviral chez les personnes touchées.

158. Les délégués ont souligné la nécessité d'améliorer l'action de plaidoyer auprès des partenaires en général, pour obtenir régulièrement davantage de fonds. Pour le Fonds mondial, en particulier, ils ont souhaité que les fonds puissent être débloqués en temps voulu et que les méthodes d'achat puissent être simplifiées. Ils ont d'autre part insisté sur la nécessité de fournir un appui aux pays où la prévalence est faible.

159. Les autres défis comprennent : l'amélioration de la sécurité alimentaire pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA; la diffusion des données disponibles relatives au rôle positif joué par la nutrition dans le cadre des soins et du traitement du VIH et du SIDA; l'amélioration des services de laboratoire, en particulier des capacités nécessaires pour assurer le diagnostic et le suivi des patients en traitement; le renforcement des systèmes de santé pour répondre au développement de la thérapie antirétrovirale; et le renforcement des systèmes d'information sanitaire pour mieux estimer les besoins et suivre les progrès réalisés.

160. Les délégués ont fait diverses suggestions en vue d'améliorer le document AFR/RC54/14 Rév.1, signalant qu'il doit comprendre davantage d'informations et de mesures relatives au dépistage et au traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes. Dans la section intitulée «Rôles et responsabilités», le rôle du Fonds mondial devrait être clairement indiqué. Le document devrait fournir des informations sur le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins et le traitement de patients atteints du VIH/SIDA. Enfin, le VIH/SIDA devrait être considéré comme «l'une des principales causes de mortalité et de morbidité» plutôt que comme «la cause principale de mortalité et de morbidité».

161. Les délégués ont recommandé que l'OMS facilite le partage de l'information entre les pays et l'échange de données relatives aux meilleures pratiques pour améliorer les programmes de soins et de traitement dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005». L'OMS devrait également assurer un leadership technique plus actif à tous les niveaux et diffuser l'information sur les taux de survie des personnes suivant la thérapie antirétrovirale pour donner espoir aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

162. Le Secrétariat a remercié le Comité pour ses commentaires et suggestions qui seront intégrées dans le document et qui feront l'objet d'un suivi au cours de la mise en œuvre de la résolution. L'assistance technique sera intensifiée dans les domaines cités par les délégués.

163. S'agissant des ressources humaines, les délégués ont été informés que l'OMS étendait la formation relative à l'Initiative «3 millions d'ici 2005» aux niveaux sous-régional et des pays. Le dialogue avec le Fonds mondial sera intensifié pour faciliter le décaissement des fonds et simplifier les procédures d'achat. La communication sur le processus de pré-qualification pour les ARV sera améliorée. Par le biais du Service de médicaments et de diagnostics pour le SIDA,

l'OMS explore conjointement avec l'*International Dispensary Association* les options de création de stocks d'urgence pour les ARV. Les pays qui ont une faible prévalence ont reçu l'assurance qu'ils seront soutenus. L'OMS a déjà commencé à appuyer les pays en ce qui concerne le suivi de la résistance aux ARV grâce au réseau de laboratoires régionaux; cette action se poursuivra. La nutrition en tant que composante des soins sera intégrée dans le document et la résolution. Le Nigéria a été félicité pour l'initiative de production locale de formulations pédiatriques.

164. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R5.

Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse

(document AFR/RC54/15 Rév.1)

165. Le Dr Teniin Gakuruh, Présidente du Sous-Comité du Programme, a informé le Comité que ce document vise à fournir des orientations stratégiques pour la prévention et la prise en charge des conséquences sanitaires des abus sexuels commis sur les enfants dans le contexte de la santé et du développement de l'enfant.

166. Elle a fait observer que cette forme d'abus sexuels constitue un problème endémique de santé publique. Entourés d'une culture du silence et de l'opprobre, les cas d'abus sexuels sont sous-notifiés et l'ampleur du problème n'est pas connue. L'abus sexuel commis sur un enfant consiste à l'associer à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas entièrement, sans qu'il puisse donner son consentement éclairé ou qu'il ait été préparé par son développement à donner son consentement, ou qui constitue une violation des lois et tabous sociaux en vigueur. Il désigne la pénétration, les attouchements et les caresses des parties génitales. La plupart des cas signalés sont ceux qui impliquent pénétration et souillure. Aucun enfant n'est à l'abri de tels abus, qui sont malheureusement répandus dans des lieux traditionnellement considérés comme «sûrs» et dont les auteurs sont souvent des personnes que l'enfant connaît et en qui il a confiance.

167. Le Dr Gakuruh a souligné que les abus sexuels commis sur les enfants ont de graves conséquences sanitaires et de sérieuses implications sociales, immédiates et à long terme. Parmi celles-ci figurent les traumatismes physiques et même la mort, les infections à transmission sexuelle et le VIH/SIDA. Chez l'enfant plus âgée ou l'adolescente, il pourra s'agir d'une grossesse non désirée et à haut risque, avec les complications qu'elle entraîne. Les traumatismes subis sur les plans psychologique et affectif peuvent se manifester par de mauvais résultats scolaires, une image négative de soi et des comportements d'autodestruction. Malheureusement, beaucoup de pays n'ont pas les moyens nécessaires pour faire face à cette urgence.

168. Elle a mentionné les interventions proposées, qui comprennent l'élaboration de stratégies de plaidoyer et de communication; l'application des lois et la criminalisation des abus sexuels commis sur les enfants; l'élaboration d'un protocole normalisé pour la prise en charge et les soins cliniques; l'adoption de mesures multisectorielles et pluridisciplinaires coordonnées; la réhabilitation des « survivants »; la surveillance, le soutien et la notification à base communautaire. Les familles doivent être outillées pour jouer le rôle de premier plan qui est le leur en vue de prévenir et de signaler ce problème.

169. Le Dr Gakuruh a recommandé au Comité d'adopter le document AFR/RC54/15 Rév.1, tel qu'amendé, ainsi que le projet de résolution AFR/RC54/WP/5.

170. Tous les participants, après avoir reconnu la pertinence et l'opportunité du document, ont exprimé leur appui à la résolution et remercié le Directeur régional d'avoir brisé le silence sur cette question. Ils ont souligné le fait que le problème des abus sexuels commis sur les enfants se pose dans tous les États Membres, et certains participants ont fait état d'un nombre croissant de cas. Il a été signalé que certains pays avaient mis en place des mécanismes sociaux et législatifs pour faire face à ce problème.

171. Le Comité a formulé un certain nombre de suggestions en vue d'améliorer le document. Il s'agit de la nécessité de prendre en compte les facteurs qui sont à l'origine de ce problème, à savoir la pauvreté, les conflits armés, le trafic d'enfants et les croyances et pratiques sexuelles traditionnelles nocives, plutôt que de s'en tenir à l'analyse des conséquences. En outre, les délégués ont demandé à l'OMS de fournir un appui technique en vue d'entreprendre des études qui permettront de mieux comprendre les principaux facteurs sous-jacents et de saisir l'ampleur du problème.

172. Le Comité a par ailleurs proposé que les interventions prioritaires comprennent le renforcement de la capacité des agents de santé à identifier les cas d'abus sexuels commis sur les enfants et leurs conséquences, afin d'administrer un traitement adéquat. Ils doivent également être informés des instruments juridiques existants pour prendre en charge les aspects du problème qui concernent les droits fondamentaux. Par ailleurs, il faudrait aider les enfants à se protéger contre les abus sexuels et à signaler les abus dont ils ont été victimes.

173. Des délégués ont affirmé que les abus sexuels contre les enfants ne constituent pas seulement un problème de santé et que leur approche devrait en conséquence être multisectorielle. Ils ont vivement recommandé d'accorder une attention particulière à l'éducation des fillettes.

174. Le silence étant désormais brisé au sujet du problème des abus sexuels commis sur les enfants, les participants ont recommandé qu'une solide action de plaidoyer soit mise activement en œuvre aux niveaux communautaire, national, régional et international. Ils ont également insisté sur la nécessité d'élaborer des cadres juridiques pour atténuer le fardeau que représente ce problème.

175. Après avoir apprécié la qualité des interventions des délégués, le Directeur régional a promis de prendre en compte leurs observations pour l'élaboration de la version finale du document.

176. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R6.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006–2007 (document AFR/RC54/3)

177. Le Dr L. G. Sambo a présenté un aperçu général du Projet de Budget Programme de l'OMS pour 2006–2007. Cet aperçu est divisé en plusieurs parties : Contexte, Processus de préparation, Principes d'élaboration, Processus de planification et de mise en œuvre, Orientations stratégiques, Principaux axes, Domaines d'activité, Répartition du budget, Orientations et implications pour la Région africaine. C'est le premier Projet de Budget Programme du nouveau Directeur général, le Dr Jong-wook Lee. Il s'agit d'un Projet de Budget Programme unique pour l'ensemble de l'Organisation pour 2006-2007; il est le quatrième budget biennal successif établi suivant une approche fondée sur les résultats. La formulation des programmes s'articule autour d'une série d'objectifs, de stratégies et de résultats attendus mondiaux.

178. Le Projet de Programme Budget a été établi grâce à une approche participative et interactive fondée sur le dialogue entre les pays, les bureaux régionaux et le Siège. Sa présentation au Comité régional de l'Afrique est une étape importante de ce processus de consultation. Les observations des États Membres au cours des sessions annuelles des Comités régionaux permettront d'affiner le document à la lumière des perspectives régionales.

179. Le Directeur général soumettra le Projet de Budget Programme pour examen au Conseil exécutif à sa cent-quinzième session, puis à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Pour la première fois, les enseignements tirés de la mise en œuvre du précédent programme biennal, tels qu'ils ressortent du rapport d'évaluation de l'exercice biennal 2002–2003, et les leçons de la planification opérationnelle du Budget Programme 2004–2005 ont constitué des éléments importants de ce processus. Les priorités ont été définies sur la base des récentes résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Afin de promouvoir la décentralisation, 74 % des ressources seront affectées aux Régions et aux pays.

180. Il est proposé d'intensifier les activités de l'OMS en renforçant la sécurité sanitaire mondiale, en accélérant les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en faisant face à la charge toujours plus grande des maladies transmissibles, en promouvant l'équité dans le domaine de la santé, et en garantissant la responsabilisation.

181. Les allocations budgétaires proposées seront réparties dans l'ensemble comme suit : amélioration des résultats sanitaires, 51 %; amélioration des systèmes de santé et de l'accès aux produits, 13 %; actions ciblées sur les déterminants de la santé, 11 %; renforcement de l'efficacité de l'OMS dans son appui aux États Membres, 22 %.

182. Actuellement, le budget ordinaire, qui comprend les contributions à recouvrer auprès des États Membres, ne représente que 30 % du budget global de l'OMS. Si la croissance nominale zéro est maintenue, le budget ordinaire constituera 17 % du budget total d'ici 2015. Comme les États Membres et les partenaires ont davantage de demandes et d'attentes, une augmentation nominale de 12,8 % est proposée pour le budget 2006–2007 par rapport à celui de 2004–2005. Cette augmentation proviendrait en partie d'une augmentation de 9 % des contributions à recouvrer auprès des États Membres et 14,9 % des contributions volontaires.

183. Le budget total projeté pour la Région africaine au titre de 2006–2007 est de US \$887 543 000, ce qui représente une augmentation de 19,2 % par rapport au budget 2004–2005. La décision de principe étant d'allouer 60 % à 70 % de ces fonds aux pays, il était donc nécessaire de renforcer le domaine d'activité intitulé Présence de l'OMS dans les pays.

184. Au cours des débats qui ont suivi, les membres du Comité ont noté qu'il fallait réviser la décision de principe de ne mettre à la disposition des pays que 50 % du budget biennal par an. Cette décision sans doute pertinente aux niveaux mondial et régional pourrait ne pas s'avérer pratique à l'échelon des pays. Dans le même temps, l'OMS se doit d'être plus vigilante pour mieux surveiller la manière dont le budget est utilisé par les États Membres. Certains membres du Comité ont demandé si la nouvelle politique de décentralisation signifiait la réaffectation du personnel du Siège aux Bureaux régionaux et de pays. Des membres ont estimé que l'allocation budgétaire destinée au Siège ne devait pas dépasser 20 % du budget total de l'OMS. Le pourcentage de l'allocation budgétaire affectée à la Région africaine devrait continuer à augmenter étant donné qu'elle supporte une charge de morbidité excessive par rapport au reste du monde. Certains membres se sont félicités de l'accroissement des crédits destinés à la réalisation des OMD.

185. Étant donné la tendance à trop privilégier le financement du VIH et du SIDA, il faut craindre que d'autres programmes prioritaires tels que le programme de lutte contre le paludisme et Pour une grossesse à moindre risque ne voient leur budget se réduire considérablement. Les crédits alloués à ces programmes devraient donc également augmenter. Les membres du Comité ont par ailleurs demandé que soient indiqués les domaines d'activité dont les budgets ont été réduits. Ils ont fait valoir que le fait de continuer à déterminer les allocations budgétaires par domaine d'activité risquait de favoriser le maintien de programmes verticaux, au lieu de programmes intégrés dans les pays.

186. Se référant à des programmes précis, les membres du Comité ont proposé que soient accrus les crédits alloués au renforcement des ressources humaines pour la santé et des systèmes de santé. Certains ont suggéré que soit établi un tableau faisant apparaître les augmentations estimatives des contributions des pays. Pour éviter que l'importance de la sécurité transfusionnelle ne passe inaperçue, des membres du Comité ont proposé que l'intitulé du domaine d'activité «Technologie essentielle de la santé» soit modifié pour devenir «Technologie essentielle de la santé et sécurité transfusionnelle».

187. Il a été suggéré que les données de base fournies par le Dr Sambo soient incorporées au document sur le budget programme. Les ressources additionnelles devraient être réparties entre les domaines prioritaires ciblés et se traduire par un impact positif pour les pauvres, avec des mécanismes destinés à surveiller les progrès réalisés.

188. Le Dr Anders Nordstrom, Sous-Directeur général chargé de l'Administration, a expliqué que l'OMS avait maintenant un budget intégré composé de fonds provenant de sources régulières et d'autres sources. L'OMS n'encourage pas l'exécution de programmes verticaux mais bien de programmes concernant l'ensemble de l'Organisation; le but de la politique de

décentralisation est d'utiliser plus efficacement les ressources de l'OMS. C'est dans le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins qu'ont été opérées les réductions budgétaires les plus importantes. Un tableau faisant apparaître les contributions des pays sera établi. Le Dr Nordstrom a conclu en déclarant que les suggestions et observations du Comité seront prises en compte pour la révision du document qui sera soumis à la cent-quinzième session du Conseil exécutif et à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

189. Répondant aux questions spécifiques des délégués, le Secrétariat a informé la réunion que la part du budget régional affectée jusqu'à présent aux pays était de 63 %. Cependant, avec la politique de décentralisation engagée par le Siège, cette proportion sera portée à 75 %. Les ressources humaines apparaissent dans le document comme un domaine d'activité distinct, tandis que la pauvreté, qui est un problème général, est traitée de façon plus spécifique dans la définition des grandes orientations pour le développement sanitaire. Le budget sera effectivement axé sur les domaines prioritaires pour qu'il bénéficie aux populations cibles. Le suivi et l'évaluation seront menés pour déterminer l'impact des programmes.

190. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R7.

ONZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL : 2006–2015 (document AFR/RC54/4)

191. Le Dr Luis G. Sambo, du Secrétariat, a présenté dans ses grandes lignes l'ébauche du Onzième Programme général de Travail de l'OMS pour 2006–2015. Il a indiqué que ce programme marquera le passage d'une planification à moyen terme à une planification à long terme dans un esprit de partenariat et de consultation avec les États Membres des diverses Régions et avec les partenaires intervenant dans la santé et le développement, afin de promouvoir l'appropriation et la coordination. Le document devra être examiné par le Comité régional et le Conseil exécutif avant son adoption finale par l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Dr Sambo a demandé aux délégués de faire leurs observations sur le projet du document.

192. Les délégués se sont félicités du passage d'une planification à court terme à une planification à long terme ainsi que du processus de consultation suivi lors de l'élaboration du document qui allait, espéraient-ils, mettre l'accent sur les besoins et préoccupations de la Région africaine, y compris la question des droits de l'homme et la focalisation sur les ressources humaines. Ils ont convenu qu'il était nécessaire de relever davantage le profil de l'OMS.

193. Ils ont formulé les observations spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 3, les projets visionnaires déjà entrepris dans la Région africaine devraient être mentionnés dans le document;
- b) au paragraphe 4, le personnel de l'OMS devra collaborer avec les organisations privées au cours du processus de modélisation prospective afin de renforcer les capacités internes;

- c) dans le Résumé, il faudrait expliquer les raisons qui ont motivé le passage d'un programme de travail quadriennal à un programme de travail décennal;
- d) dans la Partie I, ajouter «et élaborer les déterminants de la santé»;
- e) dans la Partie II, Chapitre 3, ajouter «l'instabilité politique et sociale et la pauvreté» dans la section relative aux principaux enjeux;
- f) dans le Scénario B, remplacer «incertaines» par «probables» dans le titre;
- g) dans le processus d'élaboration et en ce qui concerne les mécanismes organisationnels, la participation des Régions et des pays devrait être assurée et des efforts devraient être fournis pour l'application de ces mécanismes;
- h) étant donné que le processus de modélisation devrait reposer sur une information fiable en vue d'une planification fondée sur des bases factuelles, il sera nécessaire de renforcer les systèmes d'information sanitaire;
- i) la réussite de la mise en œuvre du Programme général de Travail dépend d'une bonne coordination et d'une approche participative de l'établissement du consensus, y compris l'échange d'informations; il convient d'impliquer les différentes parties prenantes de la santé, notamment les gouvernements, en particulier les ministres des finances et de la planification, les organismes bilatéraux, et multilatéraux, les institutions des Nations unies;
- j) le document devrait être considéré comme un outil souple qui peut se prêter à des modifications à mesure que la situation évolue dans les Régions et les pays;
- k) dans la première partie, sous l'intitulé «La santé à l'échelle mondiale», la définition de la santé devrait couvrir plus que l'individu pour inclure la santé de la «nation», et dans le contenu possible, comprendre le financement de la santé et le plaidoyer pour que les gouvernements augmentent les contributions en faveur de la santé, conformément aux cibles d'Abuja;
- l) la mise en œuvre de la stratégie sanitaire du NEPAD et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devraient être des points permanents de l'ordre du jour du Comité régional.

194. Le Secrétariat s'est félicité des excellentes contributions et suggestions visant à améliorer la rédaction et le contenu du Onzième Programme général de Travail. Les délégués ont reçu l'assurance que les préoccupations de la Région africaine seront examinées dans le contexte mondial. Un cadre de mise en œuvre pour cette Région sera élaboré après l'adoption du PGT en 2006.

195. Les outils de mise en œuvre tels que le Budget Programme et les plans d'action biennaux seront maintenus, mais toute autre idée novatrice sera examinée. La période décennale a été choisie pour permettre la coordination avec les objectifs du Millénaire pour le Développement.

196. Le Directeur régional a demandé aux pays de s'atteler à la mise en œuvre après l'adoption du PGT. Il a encouragé les gouvernements à adopter la culture de la planification intégrée à long terme, y compris l'élaboration de scénarios afin d'être préparés aux changements si ceux-ci venaient à se produire.

DOCUMENTS FOURNIS POUR INFORMATION

Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/5)

197. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté le document soumis pour information au Comité. En 1988, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution en vue d'éradiquer la poliomyélite, celle-ci était endémique dans tous les pays de la Région. À la fin de 2002, elle ne l'était plus que dans deux pays. Depuis 2003, la transmission du poliovirus sauvage a fortement augmenté dans ces derniers pays d'endémie, avec des retombées dans neuf pays précédemment indemnes de poliomyélite.

198. Des efforts ont été faits ces derniers temps pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination menées au Nigéria. Trois séries d'activités de vaccination supplémentaires d'envergure nationale sont prévues au Niger et au Nigeria en 2004. Plusieurs séries de campagnes de vaccination de ratissage de très grande qualité ont été effectuées dans les pays où des cas importés ont été signalés en 2003 et 2004. Tous les pays indemnes de poliomyélite doivent étendre la couverture de la vaccination systématique, tout en s'efforçant d'atteindre et de maintenir ensuite la norme de certification des plans de surveillance et de riposte à l'importation de la paralysie flasque aiguë.

199. Les membres du Comité ont remercié le Secrétariat de leur avoir fourni un appui chaque fois que de nouveaux cas de poliovirus sauvage étaient signalés et pour avoir organisé des journées nationales de vaccination (JNV).

200. Les membres du Comité ont fait un certain nombre de commentaires et de suggestions. Ils ont fait valoir que l'engagement politique de haut niveau existait déjà et qu'il était nécessaire à présent de le maintenir et d'en tirer profit. Étant donné la résurgence du poliovirus, l'OMS devrait préconiser la mobilisation de ressources importantes afin que la tenue des JNV prévues ne soit pas compromise. Un membre du Comité a fait savoir que les résultats des analyses pour la confirmation des cas de poliomyélite étaient arrivés en retard.

201. Le Secrétariat a assuré les délégués qu'il avait pris bonne note des suggestions et qu'il en tiendrait compte dans la révision du document. Le Bureau régional appuiera tous les efforts nationaux visant à éradiquer la poliomyélite. Le Secrétariat a expliqué que l'épuisement des ressources destinées aux JNV était dû aux situations d'urgence imprévues causées par la résurgence du poliovirus dans certains pays. Quant au retard signalé concernant les résultats des analyses pour la confirmation des cas de poliomyélite, il s'agissait là d'une question grave qui ferait l'objet d'une enquête pour éviter que de tels retards ne se reproduisent dans l'avenir.

202. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R8.

Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique (document AFR/RC54/INF.DOC/6)

203. Le Dr Doyin Oluwole, Directeur de la Division Santé familiale et Santé de la Reproduction, a présenté le document soumis pour information au Comité. Le rapport de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale dans la Région africaine sont les plus élevés au monde. Faute d'agir, on enregistrera au cours des dix prochaines années, selon les estimations, au moins 2,5 millions de décès maternels et 49 millions d'incapacités maternelles entraînant au moins 7,5 millions de décès infantiles et US \$45 milliards de perte de productivité.

204. L'Afrique n'a pas été en mesure de réduire de façon significative la mortalité maternelle et néonatale pour un certain nombre de raisons, parmi lesquelles on peut citer : l'absence d'engagement national et de soutien financier adéquats; l'inaccessibilité, l'absence et la non utilisation de soins de santé de qualité pendant la grossesse et l'accouchement et immédiatement après l'accouchement; le mauvais fonctionnement des systèmes de santé et les carences du système d'orientation-recours, surtout en cas d'urgence obstétricale et néonatale; les carences en matière de logistique pour la gestion des médicaments, des produits de planification familiale et des équipements; les insuffisances en ce qui concerne le développement et la gestion des ressources humaines nationales; l'aggravation de la pauvreté, en particulier parmi les femmes, et l'insuffisance des investissements consacrés à la santé des femmes; les croyances et les pratiques socioculturelles nuisibles, y compris l'implication insuffisante des hommes, conjuguées au statut inférieur des femmes, qui limitent leur pouvoir de prise de décisions.

205. L'objectif de la Feuille de route est d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique en améliorant la fourniture et l'accès à des soins de santé maternelle et néonatale de qualité, y compris des services de planification familiale; en renforçant le système d'orientation-recours ; en renforçant la planification et la gestion des soins de santé maternelle et néonatale au niveau du district, y compris les services de planification familiale; en plaidant en faveur d'un engagement plus ferme et de ressources accrues au profit de la santé maternelle et néonatale ainsi que de la planification familiale; en promouvant des partenariats et en favorisant la continuité des soins depuis le domicile jusqu'à l'hôpital et, enfin, en responsabilisant les communautés.

206. Le Comité a fait un certain nombre de commentaires et de suggestions :

- a) le document ne fait pas état du lien entre les services de santé sexuelle et de santé de la reproduction et les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles;
- b) pendant que l'on se penche sur la question des décès maternels et néonataux, il est important de prendre en compte la prolifération de «dispensaires sauvages» non certifiés et dont le personnel est sans qualifications et ne dispose pas du matériel nécessaire;
- c) il est nécessaire d'utiliser les ressources disponibles pour la mise en œuvre d'activités dans les pays plutôt que pour des réunions;
- d) il serait bon de tirer parti de l'attachement des Premières Dames à la cause de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et ceci de manière rigoureuse;
- e) le document et la résolution ne mentionnent nullement la question des accoucheuses traditionnelles;
- f) il a été proposé d'inclure dans la résolution un paragraphe sur l'appui que l'OMS devrait fournir pour la formation de cadres de niveau intermédiaire aux soins obstétricaux d'urgence.

207. Le Secrétariat a donné l'assurance que les suggestions et recommandations des délégués seraient prises en compte lors de la révision du document. Le Comité a été informé que 16 pays avaient déjà commencé à exécuter la Feuille de route et qu'une aide serait apportée pour en étendre l'exécution à l'ensemble des États Membres. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Feuille de route, les soins prénatals seront renforcés, et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles fera partie des services assurés. Les délégués sont convenus que la formation d'agents de niveau intermédiaire chargés de dispenser des soins obstétricaux d'urgence était l'une des mesures les plus importantes à prendre pour améliorer l'accès à des soins de qualité à tous les échelons.

208. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC54/R9.

Élimination de la lèpre dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC54/INF.DOC/2)

209. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté ce document au Comité régional. Actuellement, dans la Région africaine, plus de cinq millions de personnes (malades et familles) sont victimes des conséquences sociales et économiques de la lèpre.

210. L'engagement politique des États Membres en faveur de l'élimination de la lèpre s'est traduit par la mise en place d'un programme national d'élimination de la lèpre dans tous les pays. L'évaluation régulière de ces programmes a rendu réalisable l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique défini par un taux de prévalence inférieur à un cas pour 10 000 habitants. Ainsi, plus de 800 000 cas de lèpre ont été guéris dans la Région au cours de cette dernière décennie. Trente-sept pays ont atteint le seuil fixé pour l'élimination de la lèpre, mais trois autres restent encore fortement touchés par l'endémie et courent le risque de ne pouvoir atteindre le seuil d'un cas pour 10 000 habitants en 2005.

211. Malgré les progrès accomplis, des défis restent à relever pour que tous les pays de la Région atteignent et maintiennent le seuil d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Afin d'y parvenir, les États Membres devraient continuer à soutenir les programmes d'élimination de la lèpre et à en faire une priorité. Ils devraient en outre intégrer la surveillance de la lèpre dans celle des autres maladies et fournir aux programmes les ressources nationales nécessaires. Les pays devraient également développer les activités à assise communautaire et réduire la stigmatisation des malades dans la société.

212. Le Comité a été informé que la Namibie a déjà atteint le niveau d'élimination de la lèpre et poursuivait les efforts pour maintenir les acquis.

Élimination de la filariose lymphatique dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC54/INF.DOC/3)

213. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté ce document soumis pour information au Comité. La filariose lymphatique sévit dans 39 des 46 États Membres de la Région. On estime à 420 millions le nombre de personnes exposées à cette maladie dans la Région, soit 38 % de la charge mondiale. Quelque 4,6 millions de cas de lymphœdème et plus de 10 millions de cas d'hydrocèle se produisent en Afrique.

214. Le Programme d'Élimination de la filariose lymphatique est actuellement mis en œuvre dans 20 pays; 9 d'entre eux en sont au stade du traitement médicamenteux de masse et 11 pays ont achevé la cartographie de la maladie ou sont en train de la terminer. Les taux de couverture thérapeutique sont satisfaisants (supérieurs à 70 %) et sont en amélioration. Toutefois, par suite de contraintes financières, moins de 10 % de la population exposée au risque est couverte par le traitement médicamenteux de masse. La mise en œuvre d'autres composantes du programme, telles que la lutte antivectorielle ou la prévention et la prise en charge de l'incapacité, se trouve retardée. Il est possible d'éliminer la filariose lymphatique dans la Région africaine d'ici à 2020 si on dispose de moyens adéquats.

215. Les délégués ont souligné le rôle important joué par les agents de santé communautaires bénévoles dans l'élimination de la filariose lymphatique et la nécessité de les motiver. Leur rôle devrait être indiqué dans le document d'information.

Consultation régionale sur la révision du Règlement sanitaire international

(document AFR/RC54/INF.DOC/4)

216. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté ce document soumis pour information au Comité. Le Règlement sanitaire international (RSI) est un mécanisme de mise en commun d'informations épidémiologiques sur la propagation transfrontalière de maladies et d'autres événements importants pour la santé publique internationale. Par la résolution WHA56.28, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de réviser l'actuel RSI et a demandé instamment au Directeur général de veiller à la participation de tous les États Membres.

217. Avec l'appui du Siège de l'OMS, le Bureau régional de l'Afrique a tenu des consultations et a reçu de précieuses contributions de la part des délégués des pays en vue d'améliorer le document de travail relatif au RSI. Les résultats de ces consultations ont été les suivants :

- a) les délégués des pays ont appuyé la révision du RSI;
- b) ils ont recommandé de compléter la définition des termes utilisés dans le document;
- c) il y a lieu de respecter la souveraineté nationale et la responsabilité des ministères de la santé pour la déclaration des phénomènes de santé publique, et la communication entre l'OMS et les États Membres doit se faire par les voies officielles;
- d) la collaboration des secteurs concernés à l'application du RSI révisé devrait être assurée et cette mise en œuvre devrait intervenir dans le cadre des structures intégrées de surveillance et d'action face à la maladie.

218. Des propositions seront présentées à la réunion du groupe de travail intergouvernemental en novembre 2004, et la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2005, sera saisie du projet de RSI révisé.

219. Le Comité a souligné l'importance et l'opportunité de ce document et estimé qu'il fournirait des orientations appropriées sur les moyens de s'attaquer aux maladies émergentes comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il est nécessaire de mobiliser des ressources financières pour organiser des consultations nationales susceptibles de favoriser l'adoption du Règlement sanitaire international révisé.

TABLE RONDE (document AFR/RC54/RT/1)

220. La Table ronde s'est déroulée parallèlement à la session du Comité régional et portant sur le point suivant : «La situation nutritionnelle dans la Région africaine : défis et perspectives».

221. Le Président de la Table ronde, le Dr Brian Chituwo, Ministre de la Santé de la Zambie, a présenté le rapport (*voir Annexe 5*).

Choix de sujets des Tables rondes de 2005 (document AFR/RC54/20)

222. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté les thèmes des deux Tables rondes envisagées pour la cinquante-cinquième session du Comité régional. Après quelques échanges d'idées, les thèmes ci-après ont été retenus :

Table ronde n° 1 : La prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine

Table ronde n° 2 : Inégalités en matière de santé : un sujet de préoccupation dans la Région africaine

Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2005

(document AFR/RC54/20)

223. Le Comité a nommé les Présidents et Présidents suppléants suivants pour les Tables rondes de 2005 :

Table ronde n° 1

Président : Sénégal

Président suppléant : Ouganda

Table ronde n° 2

Président : Nigéria

Président suppléant : Mali

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-CINQUIÈME ET CINQUANTE-SIXIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC54/17)

224. M. Bernard Chandra, Directeur de la Division Administration et Finances, a présenté ce document.

225. Le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-cinquième session à Maputo (Mozambique) du 22 au 26 août 2005. Le lieu de la cinquante-sixième session en 2006 sera fixé à la cinquante-cinquième session.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC54/19)

226. Le rapport de la cinquante-quatrième session du Comité régional a été adopté avec des amendements mineurs (AFR/RC54/19).

CLÔTURE DE LA CINQUANTE- QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

227. Dans son allocution de clôture, le Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, a remercié Son Excellence Monsieur Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, pour avoir accueilli le Comité régional à Brazzaville. Il a exprimé sa reconnaissance au Gouvernement congolais pour les excellentes dispositions prises en matière d'hébergement, de transport et de logistique, toutes choses qui ont facilité énormément le travail du Comité et du Secrétariat.

228. Il a remercié les délégués pour leur ponctualité à toutes les séances, la profondeur et l'intensité des débats concernant tous les points de l'ordre du jour, ainsi que pour les directives et les orientations claires qu'ils ont données en vue d'améliorer davantage la qualité et la pertinence de l'appui fourni aux pays par le Bureau régional de l'OMS. Il a également remercié le Président du Comité régional pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion.

229. Le Directeur régional a en outre exprimé sa gratitude aux États Membres pour avoir élu le Dr Luis G. Sambo comme son successeur. Il a déclaré qu'il considérait le Dr Sambo comme son petit frère et, pour reprendre l'expression de nombreux délégués, comme son fils spirituel. Il a promis sa loyauté et son appui total au Dr Sambo et à l'action de l'OMS dans la Région africaine. Le Dr Samba a dit qu'il se tiendrait à la disposition du Dr Sambo en cas de besoin. Cependant, il a assuré le Comité qu'après sa retraite, il n'interviendrait en aucune manière dans le fonctionnement du Bureau régional.

230. Pour conclure, le Dr Samba a remercié les Chefs d'État, les Ministres de la Santé et le Secrétariat pour le soutien sans faille qu'ils lui ont apporté tout au long de son mandat. Il a exprimé l'espoir que son successeur bénéficierait du même soutien et de la même solidarité.

Hommage au Dr Ebrahim M. Samba

231. Au nom de tous les Ministres de la Santé de la Région, le Dr Libertina Amathila, Ministre de la Santé de la Namibie, a présenté ses félicitations et dit adieu à son grand ami, collègue et camarade, le Dr Ebrahim M. Samba. Elle a déclaré que tous les Ministres connaissaient bien l'intégrité, l'honnêteté, la franchise, l'humilité, l'engagement, la serviabilité et la bienveillance du Dr Samba, toutes choses qui traduisent bien les sentiments qui l'animent.

232. Le Dr Amathila a déclaré au Dr Samba qu'il avait placé la barre très haut, non seulement pour le Secrétariat mais aussi pour tous les Ministres de la Santé de la Région africaine. Elle a ajouté que le Dr Samba avait démontré de façon éclatante qu'il était possible d'être un bon meneur d'hommes, de diriger une organisation avec compétence et transparence, et de bâtir une équipe efficace avec les Ministres de la Santé et le Secrétariat.

233. Elle a présenté, au nom de tous les Ministres de la Santé de la Région africaine, une résolution intitulée «Hommage au Dr Ebrahim M. Samba» (AFR/RC/R10), qui a été adoptée à l'unanimité. La résolution met en exergue : i) l'attachement du Dr Samba à la cause de la santé dans le monde et l'œuvre remarquable qu'il a accomplie en tant que Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique au cours des 10 dernières années; ii) les efforts inlassables qu'il a déployés; iii) le brio avec lequel il a conduit l'action en vue d'éradiquer l'onchocercose dans les pays touchés d'Afrique occidentale; le Comité régional a décidé d'élever le Dr Samba à la dignité de Directeur régional honoraire.

Motion de remerciements

234. La motion de remerciements au Président, au Gouvernement et au peuple de la République du Congo pour avoir accueilli la cinquante-quatrième session du Comité régional a été présentée au nom des délégués par Mme Baroud Aziza, Ministre de la Santé du Tchad, et adoptée par le Comité régional (AFR/RC54/R12).

Allocution du Président et clôture de la session

235. Le Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional, l'Honorable Saleh Meki, a déclaré que celle-ci avait été couronnée de succès. Il a attribué cette réussite à l'engagement et au sérieux dont les délégués avaient fait preuve tout au long de la réunion. Il a souligné que le Comité avait tenu à examiner en détail tous les points inscrits à son ordre du jour, malgré l'élection du Directeur régional qui venait s'ajouter au programme de cette année.

236. Il s'est dit fier d'appartenir au Comité régional de l'Afrique et a souligné qu'il partageait entièrement les opinions exprimées non seulement dans l'«Hommage au Dr Ebrahim M. Samba» mais aussi dans la «Motion de remerciements» au Chef de l'État, au Gouvernement et au peuple congolais pour l'excellente qualité des moyens mis à la disposition des délégués, toutes choses qui ont contribué au succès de la session.

237. L'Honorable Meki a instamment demandé aux États Membres de redoubler d'efforts pour appliquer les résolutions adoptées à la cinquante-quatrième session du Comité régional et lors des sessions précédentes. Il a souhaité un bon voyage aux délégués et les a invités à participer à la cinquante-cinquième session du Comité régional prévue à Maputo (Mozambique) en 2005.

238. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-quatrième session du Comité régional.

PARTIE III

A N N E X E S

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS DES ÉTATS MEMBRES

ALGÉRIE

M. Abdellah Laouari
Ambassadeur d'Algérie en République
du Congo
Chef de Délégation
Brazzaville

Prof. Abdelkader Semid
Directeur des Actions sanitaires spécifiques
Ministère de la Santé, de la Population et
Réforme hospitalière
Alger

Prof. Khireddine Khelfat
Directeur de la Formation
Ministère de la Santé, de la Population et
Réforme hospitalière
Alger

ANGOLA

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

Sr. Evaristo Kimba
Embaixador

Sr. Isaac do Anjos
Embaixador

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

Dra. Adelaide de Fatima de Carvalho
Directora Nacional da Saúde Pública
Luanda

Dr. Miguel Gaspar A. Sebastião
Director

Sr. Georges Chikoti
Vice-Ministro das Relações Exteriores
Luanda

Dr. José Van-Dúnem
Vice-Ministro da Saúde
Luanda

Sr. José Armando Còdete
Embaixador

Sr. Manuel Quarta
Embaixador

Sr. Ndombele Bernado
Embaixador

Sr. Emilo Guerra
Embaixador

Sr. Brito Sozinho
Embaixador

Sr. Isidoro Baptista
Director Adjunto de Gabinete do Ministro

Sr. Samuel Cunha
Director

Dr. Maria José Alfredo
Directora do Gabinete do Vice-Ministro
do Saúde

Sr. Zima Victor
Director

Sr^a Rosa Ferreira
Assessorà

Sr. Carlos Sardinha
Assessor

Sr. Abel Jaime dos Santos
Luanda

BÉNIN

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

Dr Benoît Faihun
Secrétaire général du Ministère de la Santé
publique
Cotonou

M. Jacques Philippe Tossou
Directeur du PEV et des SSP
Cotonou

Dr (Mme) Dorothée Yevide
Directrice nationale de la Protection
sanitaire
Cotonou

Dr Valère Goyito
Directeur de la Santé familiale
Cotonou

BOTSWANA

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

Dr Themba L. Moeti
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Gaborone

Mrs Kabo Mompoti
Principal Health Officer
Gaborone

M. Gobe Pitso
First Secretary
Permanent Mission of Botswana
80, Rue de Lausanne
1202 Geneva
Switzerland

BURKINA FASO

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

Dr Daogo Sosthène Zombré
Directeur général de la Santé
Ouagadougou

Dr S. Ghislaine Conombo Kafando
Directrice de la Santé de la Famille
Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrébéogo
Secrétaire permanent du Conseil national de
Lutte contre le SIDA et les IST
Ouagadougou

M. Sylvestre R. Tapsoba
Directeur de la Nutrition
Ouagadougou

M. Mathieu Kohio
Conseiller technique du Ministre de
la Santé
Ouagadougou

BURUNDI

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

M. Térance Sinunguruza
Ministre des Relations extérieures et
de la Coopération
Bujumbura

Dr Louis Mboneko
Médecin, Inspecteur général de la Santé
publique
Bujumbura

Dr Georges Nsengiyumva
Directeur général de la Santé publique
Bujumbura

M. Adolphe Nahayo
Ambassadeur, Conseiller au Ministère
des Relations extérieures
Bujumbura

M. Céléstin Niyongabo
Directeur général pour l'Afrique
Bujumbura

Dr Déogratias Barakamfitiye
Bujumbura

Mme Cyrilla Bwakira
Bujumbura

CAMEROUN

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

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

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

Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général des Services
administratifs
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

CAP-VERT

Dr. Basilio Mosso Ramos
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Praia

Dr. Ildo Carvalho
Assessor do Ministro
Praia

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

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

Dr Emmanuel Nguembi
Directeur général de la Santé publique et
de la Population
Bangui

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

TCHAD

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

Dr Hassan Mahamat Hassan
Secrétaire général du Ministère de la Santé
publique
N'Djaména

Dr Nargaye Kanika Djam
Directeur général des Activités sanitaires du
Ministère de la Santé publique
N'Djaména

COMORES

M. Caabi Elyachroutu Mohamed
Vice-Président chargé du Ministère de la
Santé et de la Solidarité
Chef de Délégation
Moroni

Dr Hissani Abdou Bacar
Directrice nationale de la Santé
Moroni

RÉPUBLIQUE DU CONGO

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

Prof. Henri-Joseph Parra
Conseiller spécial du Président de
la République
Directeur général du Laboratoire national
de Santé publique
Brazzaville

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
Brazzaville

Dr Alexis Elira-Dokekias
Directeur général du Centre national
de Transfusion sanguine (CNTS)
Brazzaville

Prof. Hervé Fortuné Mayanda
Doyen de la Faculté des Sciences
de la Santé
Brazzaville

Dr Yolande Voumbo Matoumona
Conseillère à la Santé du Ministre
de la Santé et de la Population
Brazzaville

Dr Charlotte Gokaba-Okemba
Directrice de la Lutte contre la Maladie
Brazzaville

Dr Félicité S. Dolama
Chef du Programme national de Lutte
contre le SIDA
Brazzaville

COTE D'IVOIRE

Dr Osohou Albert Edi
Directeur Coordonnateur du PEV
de Côte d'Ivoire
(Représentant le Ministre d'État, Ministre de
la Santé et de la Population)
Chef de Délégation
Abidjan

Prof. Djeha Djokouehi
Chef du Secrétariat technique permanent
du PLNS
Ministère d'État, Ministère de la Santé et
de la Population
Abidjan

Dr Konaté Seidou
Directeur du Centre national de Transfusion
sanguine (CNTS)
Abidjan

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Dr Anastasie Moleko Moliwa
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Kinshasa

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

Dr Amina Yuma Shaka M.
Directeur adjoint du Programme national
de Communication pour la Promotion
de la Santé
Kinshasa

Dr Singa Jackie Nyota
Directeur du Programme de Lutte contre
l'Ulcère de Buruli
Présidente du Comité national de Lutte
contre les Violences et les Mutilations
sexuelles
Kinshasa

Dr Mobile Kampanga
Directeur du Programme national
des Urgences
Ministère de la Santé
Kinshasa

M. Kazadi Makofi
Directeur du Programme national pour
la Promotion de la Communication de
la Santé
Kinshasa

M. Beleke Essa
Secrétaire particulier de la Ministre
de la Santé
Kinshasa

GUINÉE ÉQUATORIALE

Dr Justino Obama Nve
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Malabo

Sra Juanita Nzang Nkara
Directora General de Salud Publica
Malabo

Dr Grégorio Gori Momolu
Jefe de Gabinete Tecnico
Malabo

ÉRYTHRÉE

Hon. Saleh Meky
Minister of Health
Head of Delegation
Asmara

Dr Zemui Alemu Tsadik
Director, Family and Community Health
Division, MOH
Asmara

ÉTHIOPIE

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

GABON

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

Prof. Pierre-André Kombila
Directeur général de la Santé
Libreville

GAMBIE

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

Mr Essa Khan
Permanent Secretary, Permanent of State for
Health and Social Welfare
Banjul

Dr Omar Sam
Director of Health Services
Banjul

GHANA

Hon. Mr Moses Dani Baah
Deputy Minister of Health
Head of Delegation
Accra

Dr Kofi Ahmed
Chief Medical Officer, Ministry of Health
Accra

Dr Kofi Asare
Regional Director of Health Services,
Ashanti
Kumasi

Dr (Mrs) Ivy A. E. Ekem
Lecturer/Ag. Head, Department
of Haematology
University of Ghana Medical School
Accra

GUINÉE

Prof. Amara Cissé
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Conakry

Dr Johanna Lucinda Austin
Conseiller chargé de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Conakry

GUINÉE-BISSAU

Dra. Maria Odete Costa Semedo
Ministra da Saúde
Chefe da Delegação
Bissau

Dr Julio César Sá Nogueira
Director Geral da Saúde
Bissau

KENYA

Hon. Mrs Charity Kaluki Ngilu
Minister of Health
Head of Delegation
Naibori

Dr James Nyikal
Director of Medical Services
Deputy Leader
Nairobi

Dr Annah Wanjugu Wamae
Head, Division of Child Health
Nairobi

Dr Teniin J. Gakuruh
Chairman, Programme Subcommittee
Head, Health Sector Reforms Secretariat
Nairobi

LESOTHO

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

Mr Teleko J. Ramotsoari
Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
Maseru

Dr Tlhabi Moorosi
Director, Laboratory Services
Maseru

LIBÉRIA*

* Na pas pu participer.

MADAGASCAR

Dr Jean-Louis Robinson
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Antananarivo

Dr Rigobert Arsène Rafiringason
Directeur général du Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI

Dr Hetherwick M. Ntaba
Minister of Health
Head of Delegation
Lilongwe

Dr Ann Phoya
Director of Nursing Services
Lilongwe

Dr Wesley Sangala
Chief Technical Advisor
Ministry of Health
Lilongwe

Dr Solomon Chih-Cheng Chen
Consultant to Ministry of Health
Lilongwe

MALI

Dr Zeinab Mint Youba-Maïga
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Bamako

Dr Sidy Diallo
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Bamako

Dr Mamadou Traoré
Directeur national de la Santé
Bamako

MAURITANIE

M. Mohamed Lémine Ould Selmane
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de Délégation
Nouakchott

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Nouakchott

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

Dr Mohamed Moustapha Kane
Chef du Service national Nutrition
Nouakchott

MAURICE

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

Mrs Rajamane Veerapen
Alternate Head
Ministry of Health and Quality of Life
Port-Louis

MOZAMBIQUE

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

Dr. Moisés Ernesto Mazivila
Director Nacional Adjunto de Planificação e
Cooperação
Ministerio da Saúde
Maputo

Dr. Martinho Dgedge
Director Nacional de Saúde Adjunto
Ministério da Saúde
Maputo

Dra. Cidália Baloi
Médica, Chefe Provincial de Saúde
de Niassa
Ministério da Saúde
Maputo

Sr. Bonifácio Cardoso David Cossa
Técnico de Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

NAMIBIE

Hon. Dr Libertine Amathila
Minister of Health and Social Services
Head of Delegation
Windhoek

Mr Simwanza Simenda
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

Mrs Paulina K. Nghipandulwa
Deputy Director, Ministry of Health and
Social Services
Windhoek

Ms Maazuu Zauana
Head, MIS & Research
Windhoek

Ms Maria Fililogia Kavezembi
Chief, Health Programme: Facility Planning
Windhoek

Mr Sakaria Taapopi
Chief Health Programme Administrator,
Kunene
RMT, MOHSS,
Opuwo

Mrs Justine N. Amadhila
Health Programme Administrator Food
and Nutrition
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

NIGER

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

Dr Djibo Ali
Directeur général de la Santé publique
Niamey

Dr Abdou Aboubakar
Directeur du Centre national de Référence
des IST
Niamey

NIGÉRIA

Prof. Eytayo Lambo
Minister of Health
Head of Delegation
Abuja

Mr Adelaja Joseph Abereoran
Personal Assistant to the Hon. Minister
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Shehu Sule
Director, Health Planning and Research
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr (Mrs) Edugie Abebe
Director, Public Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Adenike A. Adeyemi
Acting Director, Community Development
and Population Activities
Federal Ministry of Health
Abuja

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

Dr Dere Awosika
Chief Executive, National Programme on
Immunization
Abuja

Dr Bassey Bassey Okposen
Zonal Team Coordinator
National Programme on Immunization
Abuja

Mr Akelikwun P. Abah
Assistant Director, National Action
Committee on AIDS
Abuja

Mr Moji Makanjuola
Head, Health and Science Desk
Nigerian Television Authority
Abuja

H. E. Dr U. M. Williams
Nigerian Ambassador, Republic of Congo
Brazzaville

Mr S. N. Ndifon
Minister
Nigerian Embassy, Republic of Congo
Brazzaville

Mr S. M. Okoko
Counsellor
Nigerian Embassy, Republic of Congo
Brazzaville

Mr Mohammed Adamu
Nigerian Television Authority
Abuja

RWANDA

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

Prof. Cyprien Munyanshongore
Professeur d'Université
Kigali

Dr Chantal Kabagabo
Director General, Health and
Social Affairs
Office of the President of Rwanda
Kigali

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr. Vilfrido Santana Gil
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
São Tomé

Sr. Arlindo Ramos Dias Jesus Bonfim
Coordenador da Cooperação da Saúde
São Tomé

Dr. Eduardo do Carmo Ferreira Matos
Assessor do Ministro da Saúde
São Tomé

SÉNÉGAL

Dr Issa Mbaye Samb
Ministre de la Santé et de la Prévention
médicale
Chef de Délégation
Dakar

Dr Ibnou Deme
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Dakar

Dr Mandiaye Loume
Directeur de la Santé
Dakar

Dr Fodé Diouf
Expert chargé du Système des Nations
Unies à la CAS/PNDS/MSPM
Dakar

Dr (Mme) Valérie Quenum Ndiaye
Chef du Bureau Nutrition/Direction
de la Santé
Dakar

SEYCHELLES

Mr Patrick Georges Pillay
Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation
Victoria

Dr Rubell Brewer
Commissioner of Health Services
Victoria

SIERRA LEONE

Hon. Mrs Abator Thomas
Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation
Freetown

Dr Noaha Conteh
Director-General, Medical Services
Freetown

AFRIQUE DU SUD

Dr Mantombazana Tshabalala Msimang
Minister of Health
Head of Delegation
Pretoria

Dr T. M. Balfour
Head, International Health Liaison
Pretoria

Dr Loyiso Mpuntsha
Programme Manager, Maternal, Child,
Womens Health and Nutrition
Pretoria

Mrs Nthari Matsau
Ag Director-General
Pretoria

Dr Lindiwe Ndelu
Director of Medical Bureau for Occupational
Diseases
Johannesburg

Dr Monwabisi Bevan Goqwana
Member of the Executive Council,
Eastern Cape Province
Department of Health
Bisho, 5605

Dr Daisy Mafubelu
Health Attaché
Permanent Mission of South Africa
65, Rue du Rhone
Geneva 1204
Switzerland

Mr Mduduzi Masuku
Assistant to the Minister
Pretoria

Mr Sizwe Kupelo
Provincial Spokesperson Health
Bisho

Miss Sinazo Magwentshu
Department of Health
Bisho

SWAZILAND

Hon. Siphon Shongwe
Minister of Health
Head of Delegation
Mbabane

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

Dr Cesphina Mabuza
Acting Director of Health Services and
Social Welfare
Mbabane

Mrs Elizabeth Tentelen Mndebele
Chief Nursing Office
Mbabane

Dr Phetsile Dlamini
Specialist-Paediatrician, Public Health
Mbabane

TOGO

Mme Suzanne Aho Assouma
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Lomé

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé
Lomé

OUGANDA

Hon. Jim Katugugu Muhwezi
Minister of Health
Head of Delegation
Kampala

Hon. Dr Alex Kamugisha
Minister of State
Deputy Head of Delegation
Kampala

Mr James Muhangi Mugume
Ambassador, Director, Ministry
of Foreign Affairs
Kampala

Mr Mohamed S. Kezaala
Permanent Secretary
Kampala

Prof. Francis Gervase Omaswa
Director-General of Health Services
Kampala

Dr Catherine Omaswa
Senior Consultant (Medical Doctor)
Ministry of Health
Kampala

Dr Sam Zaramba
Director, Health Services
Kampala

Dr James Sekajugo
Senior Medical Officer
Kampala

Dr Ikwaras S. Okware
Commissioner Health Services
Kampala

Dr Edward Kigonya
Senior Consultant Physician
Ministry of Health
Kampala

Dr Jack Rwanyange
Foreign Services Officer
Ministry of Foreign Affairs
Kampala

Mr Alex Opio
Assistant Commissioner
Ministry of Health
Kampala

RÉPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE

Hon. (Dr) Hussein A. Mwinyi
Deputy Minister of Health
Head of Delegation
Dar-es-Salaam

Hon. (Ms) Zainab K. Shomari
Dar-es-Salaam

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

Mr Juma Rajab
Director of Preventive, MOHSW
Zanzibar

ZAMBIA

Hon. (Dr) Brian Chituwo
Minister of Health
Head of Delegation
Lusaka

Dr Simon Kamwendo Miti
Permanent Secretary, Ministry of Health
Lusaka

Dr Benson Chirwa
UJLA
Lusaka

Dr David Tembo
STC
Lusaka

ZIMBABWE

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

Mr Brighton Mugarisanwa
Counsellor, Permanent Mission
Republic of Zimbabwe
Geneva

Dr Davies G. Dhlakama
Director, Technical and Support
Ministry of Health and Child Welfare
Harare

Mrs M. Sibanda
Director, Finances
Harare

Dr Owen Mugurungi
Chief Coordinator, AIDS and TB
Programmes
Harare

Mrs R. C. Madzima
Nutrition Intervention Officer
Harare

Dr M. Murwira
Director, Technical Support, Zimbabwe
National Family Planning Council
Harare

2. REPRÉSENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES

Programme alimentaire mondial (PAM)

M. Benedict Fultang
Representative and Country Director
P.O. Box 465
Brazzaville
Republic of Congo

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Mr Teferi Seyoum
Principal Programme Advisor
UNFPA, Africa Division
220 E. 42nd St.
N.Y. 10017
USA

Dr Fatma Mrisho
Regional Reproductive Health Advisor
UNFPA/Country Support Team
Addis Ababa
Ethiopia

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

Dr Meskerem Grunitzky-Bekele
Directeur adjoint pour l'Afrique
Division Afrique
Département Appui aux Pays et Régions
20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Mme Aoua Paul Diallo-Diawara
Coordonnateur Pays ONUSIDA
pour le Congo
Avenue Foch
B.P. 465
Brazzaville
République du Congo

Organisation internationale pour les Migrations (OIM)

Mrs Ndioro Ndiaye
Deputy Director-General
International Organization for Migration
P.O. Box 7
CH-1211 Geneva 19
Switzerland

Dr Davide Mosca
Regional Medical Officer for Africa
and Middle East
P.O. Box 55040 – City Square 0200
Nairobi
Kenya

3. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Union africaine (UA)

Mme Elisabeth Tankeu
Commissaire à la Commission de
l'Union africaine
Chef de délégation
Addis Abeba
Éthiopie

Dr Laban Masimba
Senior Policy Officer/Social Affairs
Addis Ababa
Ethiopia

Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)

M. Moka Jean-Jacques
Secrétaire général
B.P. 288
Yaoundé
Cameroun

Dr Nathalie Flore Sokoudjou Noumsi
Conseillère Santé du Secrétaire général
de l'OCEAC
B.P. 288 – Yaoundé
Cameroun

Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA)

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

Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique

Dr A. Sékétéli
Director, African Programme for Onchocerciasis Control (APOC)
P.O. Box 549
Ouagadougou
Burkina Faso

Centre de Surveillance pluripathologique

Dr Sam Bugris
Director a.i.
Multidisease Surveillance Center (MDSC)
P.O. Box 549
Ouagadougou
Burkina Faso

Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS)

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

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

Dr Steven Velabo Shongwe
Executive Secretary
Head of Delegation
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Mrs Mofota M. Shomari
Coordinator, Food and Nutrition
Programme
ECSA – Health Community
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

4. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Rotary International

Mr Ambroise Tshimbalanga Kasongo
Chairman, African Regional Polioplus Committee
c/o WHO Representative
Kinshasa
Democratic Republic of Congo

5. ORGANISMES BILATÉRAUX DE FINANCEMENT

Fonds européen de Développement (FED)

M. Mahamane Hamidine
Coordonnateur du Projet FED ARIVA
08 B.P. 11030
Ouagadougou
Burkina Faso

6. OBSERVATEURS ET INVITÉS D'HONNEUR

Mr F. Gray Handley
Health Attaché and Regional Representative
for Southern Africa
U.S. Embassy
877 Pretorius Street
Pretoria
RSA 0001

Dr Issakha Diallo
Director of Advance Africa Project
at Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive Suite 400
Arlington, VA 22203 - 1627
USA

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

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC54/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 2002–2003 (document AFR/RC54/2)
 - 6.1 Exécution du Budget Programme 2002–2003
 - 6.2 Rapport d'activités sur des résolutions spécifiques
 - a) Stratégie régionale pour les situations d'urgence et l'action humanitaire
 - b) Stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé
 - c) Plan stratégique de promotion de la recherche en santé dans la Région africaine de l'OMS
 - d) Sécurité du sang : Stratégie de la Région africaine
 - e) Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine
 - f) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005
 - g) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africaine
7. Désignation du Directeur régional (document AFR/RC54/INF.DOC/1)
8. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 8.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC54/6)
 - 8.2 Ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-cinquième session du Comité régional (document AFR/RC54/7)

- 8.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC54/8)
9. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC54/10)
 - 9.1 Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11 Rév.1)
 - 9.2 Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC54/12 Rév.1)
 - 9.3 Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13 Rév.1)
 - 9.4 Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14 Rév.1)
 - 9.5 Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15 Rév.1)
10. Onzième Programme général de Travail 2006–2015 (document AFR/RC54/4)
11. Projet de Budget Programme 2006–2007 (document AFR/RC54/3)
12. Information
 - 12.1 Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/5)
 - 12.2 Feuille de route pour accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique (document AFR/RC54/INF.DOC/6)
 - 12.3 Élimination de la lèpre dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/2)
 - 12.4 Élimination de la filariose lymphatique dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC54/INF.DOC/3)
 - 12.5 Consultation régionale sur la révision du Règlement sanitaire international (document AFR/RC54/INF.DOC/4)
13. Table ronde : La situation nutritionnelle dans la Région africaine : Enjeux et perspectives (document AFR/RC54/RT/1)
14. Rapport de la Table ronde (document AFR/RC54/16)

15. Dates et lieux de la cinquante-cinquième et de la cinquante-sixième sessions du Comité régional (document AFR/RC54/18)
16. Décisions de procédure (document AFR/RC54/17)
17. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC54/19)
18. Clôture de la cinquante-quatrième session du Comité régional.

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : LUNDI 30 AOÛT 2004

10h00 – 12h00	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie officielle d'ouverture de la réunion – PALAIS DU PARLEMENT
	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des Désignations
12h00 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 14h30	Point 3 de l'ordre du jour	AU BUREAU RÉGIONAL Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC54/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
14h30 – 15h00	<i>Pause-café</i>	
15h00 – 18h00	Point 6 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 2002–2003 (document AFR/RC54/2)

2^{ème} JOUR : MARDI 31 AOÛT 2004

8h00 – 8h30	Allocution du Dr Jong-wook Lee, Directeur général	
8h30 – 10h00	Point 6 de l'ordre du jour (suite)	
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 – 12h30	Point 7 de l'ordre du jour	Discussions sur la Désignation du Directeur régional
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	

14h00 – 16h00	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Discussions sur la Désignation du Directeur régional
16h00 – 16h30	<i>Pause-café</i>	
16h30 – 17h30	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Discussions sur la Désignation du Directeur régional
18h00	Réception par le Directeur régional	

3^{ème} JOUR : MERCREDI 1^{er} SEPTEMBRE 2004

8h00–11h00	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Examen des candidats pour le poste de Directeur régional
11h00 – 11h30	<i>Pause-café</i>	
11h30 – 13h00	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Examen des candidats
13h00 – 15h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
15h00 – 16h00	Point 8 de l'ordre du jour	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé :
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC54/6)
	Point 8.2 de l'ordre du jour	Ordres du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Huitième Assemblée de la Santé et de la cinquante-cinquième session du Comité régional (document AFR/RC54/7)
	Point 8.3 de l'ordre du jour	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC54/8)
16h00 – 16h30	<i>Pause-café</i>	

16h30 – 18h00	Point 9 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC54/10)
	Point 9.1 de l'ordre du jour	Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11 Rév.1)

4^{ème} JOUR : JEUDI 2 SEPTEMBRE 2004

8h00 – 10h00	Point 7 de l'ordre du jour (suite)	Désignation du Directeur régional (document AFR/RC54/INF.DOC/1)
10h00 – 12h00	Point 9.2 de l'ordre du jour	Interventions prioritaires pour Renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC54/12 Rév.1)
	Point 9.3 de l'ordre du jour	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13 Rév.1)
12h00 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 16h00	Point 9.4 de l'ordre du jour	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14 Rév.1)
	Point 9.5 de l'ordre du jour	Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15 Rév.1)
16h00 – 16h30	<i>Pause-café</i>	
16h30 – 18h00	Point 11 de l'ordre du jour	Projet de Budget Programme 2006–2007 (document AFR/RC54/3)

5^{ème} JOUR : VENDREDI 3 SEPTEMBRE 2004

8h00 – 10h30	Point 10 de l'ordre du jour	Onzième Programme général de Travail, 2006–2015 (document AFR/RC54/4)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 12h00	Point 12 de l'ordre du jour	Documents d'information
	Point 12.1 de l'ordre du jour	Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/5)
	Point 12.2 de l'ordre du jour	Feuille de route pour accélérer la réalisation des OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique (document AFR/RC54/INF.DOC/6)
	Point 12.3 de l'ordre du jour	Élimination de la lèpre dans la Région africaine (document AFR/RC54/INF.DOC/2)
	Point 12.4 de l'ordre du jour	Élimination de la filariose lymphatique dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC54/INF.DOC/3)
	Point 12.5 de l'ordre du jour	Consultation régionale sur la révision du Règlement sanitaire international (document AFR/RC54/INF.DOC/4)
12h00 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	Point 13 de l'ordre du jour	Table ronde : La situation Nutritionnelle dans la Région africaine : Enjeux et perspectives (document AFR/RC54/RT/1)
15h30 – 16h00	<i>Pause-café</i>	
16h00 – 17h00	Point 14 de l'ordre du jour	Rapport de la Table ronde (document AFR/RC54/16)

	Point 15 de l'ordre du jour	Dates et lieux de la cinquante-cinquième et de la cinquante-sixième sessions du Comité régional (document AFR/RC54/18)
	Point 16 de l'ordre du jour	Décisions de procédure (document AFR/RC54/17)
17h00	(Points 17 et 18 de l'ordre du jour)	
	Point 17 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC54/19)
	Point 18 de l'ordre du jour	Clôture de la cinquante-quatrième session du Comité régional

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo) du 15 au 18 juin 2004.
2. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP) et au membre du Conseil exécutif représentant la Région africaine. Il a informé les membres du Sous-Comité que c'était la dernière fois qu'il assistait à un Sous-Comité du Programme avant sa retraite et les a remerciés ainsi que le personnel pour le soutien qu'ils lui ont apporté au cours des dix dernières années.
3. Le budget a connu des augmentations considérables, particulièrement pour la période biennale 2002–2003 où il a atteint un niveau sans précédent avec un montant de US \$530 millions. C'est le signe de la confiance que les partenaires du développement ont marqué au Bureau régional de l'Afrique pour ses capacités d'absorption, sa transparence et son sens de responsabilité. Un dépassement de US \$3 millions, soit moins de 1 % de l'ensemble du budget, a été enregistré dans les dépenses. Il ne faut pas y voir une crise si l'on considère que la situation dans la Région est en perpétuelle évolution, caractérisée notamment par les troubles civils et l'instabilité politique. Toutefois, des mesures correctives ont été prises pour limiter les dépassements de dépenses dans l'avenir.
4. Le Sous-Comité a été constitué comme suit :

Présidente : Dr Teniin Gakuruh (Kenya)
Vice-Président : Prof. Mohammed Lemine Ba (Mauritanie)
Rapporteurs : Dr Thabelo Ramatlapeng (Lesotho)
Dr Sidy Diallo (Mali)
5. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
6. La Présidente a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance qu'ils ont placée en elle au nom de son pays et a souligné la pertinence des sujets retenus pour les discussions.
7. L'ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) ont été adoptés sans modification.

**REPLACER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ
GÉNÉSIQUE : CADRE POUR ACCÉLÉRER L'ACTION, 2005–2014** (document AFR/RC54/11)

8. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté le document «Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014».

9. La planification familiale (PF) est une composante essentielle des soins de santé primaires et de la maternité sans risque. L'Afrique subsaharienne a de faibles taux de prévalence de la contraception, des taux de fécondité élevés, le taux de mortalité maternelle le plus élevé et de nombreux besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'Afrique subsaharienne qui abrite seulement 10 % de la population féminine mondiale, enregistre chaque année 12 millions de grossesses non désirées ou imprévues et 40 % de tous les décès liés à la grossesse dans le monde. Réduire le nombre de ces grossesses non désirées et imprévues contribuera à faire baisser considérablement les décès maternels. Un plus grand espacement des naissances permet de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'améliorer l'état nutritionnel des mères et de leurs enfants.

10. La planification familiale est un bon point d'accès pour l'intégration de tous les services de santé génésique et de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine, le syndrome de l'immunodéficience acquise et les infections sexuellement transmissibles (VIH/SIDA et IST). Malheureusement, les gouvernements, les décideurs et les donateurs accordent actuellement très peu d'attention aux programmes de planification familiale. Ce manque d'attention justifie la nécessité de replacer la planification familiale dans les services de santé génésique.

11. La planification familiale doit faire face à de nombreux défis : mauvais fonctionnement des systèmes de santé; manque d'accès aux produits modernes de planification familiale; situations de crise dans beaucoup de pays; croyances culturelles et barrières religieuses; manque de participation des hommes; inefficacité de la gestion et de la coordination des programmes. Il a cependant été relevé que de nombreuses opportunités s'offraient pour améliorer les services de planification familiale, à savoir : les partenariats mondiaux et régionaux pour les programmes nationaux de santé génésique, de nombreux services de conseil et de dépistage volontaires pour le VIH/SIDA, les services mis à la disposition tant des hommes que des femmes sur les lieux de travail et les services à assise communautaire.

12. Le cadre de planification familiale élaboré pour 10 ans a pour but de fournir des orientations sur les mesures à prendre pour revitaliser la composante planification familiale des programmes de santé génésique en vue de l'adoption d'une approche globale permettant d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la politique de la santé pour tous. Les interventions cruciales porteront sur le plaidoyer, l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité et à des produits modernes, le renforcement des capacités humaines et institutionnelles, la satisfaction des besoins des populations vulnérables en matière de planification familiale, la recherche opérationnelle, la surveillance et l'évaluation.

13. Afin de replacer la planification familiale dans les services de santé, les États Membres devront examiner leurs politiques de santé génésique et leurs plans nationaux de développement pour y inclure la planification familiale; établir des partenariats; coordonner les intervenants; mobiliser des ressources; assurer la qualité des services et fournir un personnel suffisant et qualifié pour diriger les services et gérer les produits de planification familiale. L'OMS et les partenaires fourniront aux États Membres une assistance technique et des lignes directrices appropriées pour la mise en oeuvre de ce cadre.

14. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé les observations générales ci-après pour améliorer le document :

- a) préciser les nouvelles interventions que les pays devraient adopter en plus de celles qu'ils mènent actuellement;
- b) fournir d'autres indicateurs de planification familiale en plus du taux de prévalence de la contraception, par exemple l'âge au moment de la première grossesse;
- c) relier la planification familiale aux OMD, y compris ceux qui se rapportent à l'éducation et à la réduction de la pauvreté;
- d) examiner la législation relative au statut des femmes dans différents pays en vue d'améliorer leur situation;
- e) veiller à la collaboration intersectorielle pour renforcer la coordination particulièrement dans les cas où les programmes de planification familiale ne relèvent pas du ministère de la santé;
- f) prendre en compte les mesures pour améliorer l'accès des populations rurales et des groupes vulnérables aux services de planification familiale;
- g) abandonner l'approche verticale des programmes et celle centrée sur l'orientation des bailleurs de fonds au profit de programmes de planification familiale au niveau local qui favorisent l'engagement national et le sentiment d'être partie prenante;
- h) recourir aux pratiques traditionnelles et aux valeurs culturelles qui encouragent la planification familiale plutôt que celles qui y font obstacle;
- i) insister sur la participation des hommes dans la planification familiale compte tenu du rôle central qu'ils tiennent dans les prises de décisions familiales;
- j) outre les avantages de la réduction de la croissance démographique, mettre davantage l'accent sur les avantages sociaux et sanitaires de la planification familiale.

15. Le Sous-Comité du Programme a proposé de modifier le document comme suit :

- a) dans le premier paragraphe, il n'est pas nécessaire d'harmoniser la présentation des données relatives aux risques de décès maternel en Afrique et dans les pays développés;
- b) dans la dernière phrase du paragraphe 6, supprimer les mots «illégaux et»;
- c) au paragraphe 9 de la version française, reformuler la dernière phrase pour la rendre plus claire;
- d) au paragraphe 11, souligner le manque de sages-femmes parmi le personnel qualifié;
- e) au paragraphe 14, vérifier si le taux de prévalence de la contraception de 50 % s'applique uniquement aux femmes mariées ou à toutes les femmes en âge de procréer;
- f) dans l'avant-dernière phrase du paragraphe 15, préciser de quelles situations de crise il s'agit;
- g) au paragraphe 18, supprimer la première phrase et faire ressortir dans la dernière phrase l'idée d'approche multisectorielle;
- h) diviser le paragraphe 22 en deux;
- i) dans la deuxième phrase du paragraphe 26, remplacer «ministères de la santé» par «ministères concernés» et rendre plus explicite la phrase «l'éducation de la fillette est, à cet égard, fondamentale»;
- j) au paragraphe 27, expliquer comment garantir la qualité des produits de la planification familiale quand ceux-ci sont distribués dans les marchés et autres points de vente locaux;
- k) dans la cinquième phrase du paragraphe 29, remplacer «encourager une plus large utilisation» par «renforcer l'utilisation»;
- l) souligner la nécessité d'utiliser les moyens de contraception durables, y compris le recours à des méthodes chirurgicales;
- m) dans la dernière phrase du paragraphe 37, insérer «locaux, régionaux et» avant «nationaux»;
- n) à la fin du paragraphe 38, ajouter «À défaut, il faut confier la responsabilité des services de planification familiale à un fonctionnaire en poste»;
- o) dans la Conclusion, l'accent devra être mis sur le rôle des hommes dans la planification familiale.

16. Le Secrétariat a remercié les membres du SCP pour leurs commentaires et suggestions dont il sera tenu compte pour la mise au point finale du document avant sa soumission à la cinquante-quatrième session du Comité régional. L'importance de l'éducation et du développement pour augmenter la couverture des services de planification familiale a été soulignée. La qualité des produits de planification familiale distribués dans les marchés et autres points de vente locaux sera assurée grâce à la supervision qu'exercera le personnel des établissements de santé existants. Pour repositionner la planification familiale dans les services de santé générale, il faut inclure, outre la contraception, la logistique, les méthodes de planification familiale, les activités de conseil et les produits. Une approche plurisectorielle est préconisée afin d'inclure, à part le ministère de la santé, les secteurs de l'éducation, des transports et de la planification.

17. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC54/WP/1) à soumettre au Comité régional pour adoption.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR RENFORCER LES SYSTÈMES NATIONAUX D'INFORMATION SANITAIRE (document AFR/RC54/12)

18. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté dans les grandes lignes le document relatif aux interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS).

19. L'introduction du document propose une définition de l'expression *système d'information sanitaire* et décrit les quatre sous-systèmes qui constituent les SNIS, à savoir : la notification régulière des maladies et d'autres affections médicales, avec l'appui des systèmes de surveillance des maladies; la notification portant sur des enquêtes et des programmes spéciaux; le système d'information à l'appui de la gestion sanitaire; et le système d'enregistrement des données d'état civil relatives aux naissances, aux décès et aux mouvements migratoires.

20. La section consacrée à l'analyse de la situation souligne les nombreuses faiblesses qui caractérisent les SNIS malgré les quelques progrès accomplis tels que : absence de politiques, structures mal organisées, pénurie de ressources, données incomplètes et utilisation insuffisante de l'information disponible.

21. Les pays sont confrontés à de nombreux défis dans leurs efforts pour améliorer le SNIS. Ils ont besoin de savoir comment trouver les ressources nécessaires pour la santé dans un contexte caractérisé par la pénurie de moyens, comment maintenir le SNIS dans les situations d'urgence, comment intégrer le SNIS et promouvoir une culture de l'utilisation de l'information disponible pour la prise de décisions. L'intérêt croissant manifesté par les pays et leurs partenaires aux niveaux national et mondial en faveur des SNIS offre des occasions qu'il ne faudrait pas manquer.

22. Le document propose huit interventions prioritaires. La première et la plus stratégique probablement consiste à élaborer une politique claire sur le SNIS dans le cadre de la politique nationale de santé. Cette politique devrait reposer sur une approche participative. La prochaine intervention consisterait à mettre en place ou à renforcer des structures de gestion appropriées pour le SNIS, en tenant compte du fait que celui-ci comprend plusieurs sous-systèmes. Pour que le système fonctionne correctement, il faut qu'il soit animé par une équipe multidisciplinaire dotée des compétences nécessaires dans des domaines tels que la planification sanitaire, la gestion, les statistiques, l'épidémiologie, l'informatique et la formation. Le SNIS devrait être géré de façon intégrée, étant donné qu'il comprend plusieurs sous-systèmes et fonctionne à différents niveaux du système de santé.

23. L'informatique peut énormément faciliter et accélérer le traitement, le stockage et la restitution des données; les pays qui en ont les moyens devraient donc acquérir, utiliser et entretenir cette technologie. Les pays devraient évaluer régulièrement la performance de leur SNIS pour s'assurer qu'il répond aux besoins et que tout fonctionne comme prévu. L'utilisation de bases factuelles pour le dialogue politique et la prise de décisions devrait être encouragée pour garantir l'utilisation de l'information à tous les niveaux du SNIS. Une fois que les politiques et les structures ont été mises en place, il faut que les pays prennent les dispositions nécessaires pour assurer la logistique et fournir tout ce dont le système a besoin pour être opérationnel.

24. Le document définit les rôles et les responsabilités des pays, des partenaires et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la mise en oeuvre des interventions proposées.

25. Les pays ont besoin de SNIS fonctionnels, mais que l'information disponible reste insuffisante. Les interventions prioritaires proposées devraient aider les pays à accélérer le renforcement de leurs SNIS.

26. Tout en se félicitant de la clarté du document présenté, les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les observations générales suivantes pour améliorer le document :

- a) la mise en oeuvre des SNIS devrait être globale et prendre en compte la politique et la structure de l'information sanitaire et de la rétro-information de chaque pays;
- b) la qualité des SNIS en Afrique est étroitement liée à la qualité des agents chargés de la collecte des données, en particulier au niveau de la base, et du type de technologie disponible;
- c) il convient de reconnaître la participation d'autres intervenants dans la collecte des informations liées à la santé au niveau des pays.

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

- a) au paragraphe 6, toutes les informations relatives aux données démographiques nécessitent un dénominateur commun actualisé et fiable pour faciliter l'interprétation des données;
- b) il n'existe pas un processus de prise de décisions décentralisé; les données devraient être utilisées pour éclairer la prise de décisions à tous les niveaux, en particulier au niveau de l'équipe qui recueille les données;
- c) au paragraphe 9, dans la dernière phrase, ajouter : «en vue d'assurer une meilleure coordination de la gestion des sous-systèmes»;
- d) au paragraphe 11, il convient de relever l'importance de la présence d'un environnement favorable tel que des sources d'énergie durables afin de permettre une mise en œuvre efficace du système de technologie de l'information; dans la troisième phrase, ajouter «source d'énergie durable» après «entretien»;
- e) modifier le paragraphe 13 b) pour qu'il se lise comme suit : «Pérennité du SNIS, y compris en situation d'urgence»;
- f) au paragraphe 13 e), remplacer «pour action et prise de décisions» par «pour les opérations et la gestion stratégique»;
- g) la reconnaissance, par les pays, des capacités techniques de l'OMS devrait être considérée comme une opportunité et, de ce fait, être optimisée par l'élaboration, à l'intention des pays, de principes directeurs, d'outils et de normes;
- h) le paragraphe 16 devrait comporter un objectif supplémentaire visant au renforcement des liens entre les ministères de la santé et les autres ministères qui génèrent des informations concernant la santé;
- i) au paragraphe 16 e), remplacer «pour la prise de décisions et l'action» par «tant pour l'action opérationnelle que pour la gestion stratégique»;
- j) dans la première phrase du paragraphe 19, ajouter «des partenaires du développement» après «ministères»;
- k) au paragraphe 23, dans la dernière phrase de la version anglaise «care providers» devrait être remplacé par «health care providers»;
- l) aux paragraphes 27 et 28, il faudrait clarifier le concept et le contenu de l'intégration;

- m) au paragraphe 35, remplacer la dernière phrase par «Une coordination à tous les niveaux et la rétro-information entre toutes les parties prenantes contribueront à stimuler la collecte et l'utilisation des données et par conséquent faciliter l'opérationnalisation du SNIS»;
- n) au paragraphe 39, après «à l'échelle régionale», remplacer le reste de la phrase par «pour renforcer les opérations et la gestion stratégique»;
- o) le paragraphe 1 du résumé devrait faire état de la corrélation entre les SNIS et les progrès accomplis en vue des OMD tandis que le paragraphe 4 devrait évoquer la production de données pour les opérations et non seulement pour la prise de décisions stratégiques.

28. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations, qui serviront à améliorer le document. La nécessité d'un approvisionnement régulier en électricité ne saurait être sous-estimée. Il faut que tous les sous-systèmes qui produisent des données soient considérés comme contribuant aux SNIS et non comme des systèmes parallèles. La coordination et la rétro-information sont importantes pour rendre les systèmes opérationnels. Assurer la pérennité de la collecte des données et utiliser celles-ci pour la prise de décisions aux fins de la gestion au quotidien restent parmi les défis à surmonter.

29. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et a préparé sur ce sujet un projet de résolution (AFR/RC54/WP/2) à soumettre au Comité régional pour adoption.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS DANS LA RÉGION AFRICAINE : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC54/13)

30. M. Thebe A. Pule, du Secrétariat, a présenté le document sur la santé et la sécurité des travailleurs.

31. Chaque année dans le monde, plus de 1,1 million d'individus mouraient d'accidents de travail et de maladies liées aux activités professionnelles. Dans les pays en développement, on estime que les risques qui sont sources de mauvaise santé sont 10 à 20 fois plus élevés que dans les pays développés.

32. Une enquête récente a relevé l'inexistence de services complets dans la Région africaine en ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleurs. Parmi les pays où l'enquête a été menée, 63 % pratiquaient une gestion des risques; 41 % faisaient de l'information et de l'éducation; 26 % procédaient à des examens médicaux avant l'embauche; 33 % assuraient des services de vaccination, des examens spéciaux et le traitement; 7 % menaient des recherches, procédaient à des examens aux fins d'indemnisation, assuraient le développement des ressources humaines, l'éducation, les services de conseil en matière de VIH/SIDA et de tabagisme, et recueillaient des données relatives à la santé des travailleurs. En outre, selon l'enquête, 48 % des pays possédaient

une législation concernant la médecine du travail et 37 % une législation ayant trait à la santé au travail, mais dans un cas comme dans l'autre, on manquait de ressources humaines pour en suivre l'application.

33. Les obstacles à surmonter dans le domaine de la santé des travailleurs sont nombreux. Les travailleurs de l'agriculture et de l'industrie sont exposés à des traumatismes ou des maladies provoquées par les produits chimiques et les machines; ceux du secteur tertiaire et des villes surpeuplées souffrent de fatigue et de stress. Des risques tels que ceux liés au bruit et à la température sont aggravés par les nouvelles technologies. Le travail des enfants est désormais généralisé et il est associé à la pauvreté, au manque de possibilités de s'instruire, à l'absence de normes et à l'incapacité de faire appliquer les textes en vigueur. Les programmes de santé et de sécurité destinés à protéger les travailleurs des maladies infectieuses sur les lieux de travail sont peu nombreux.

34. L'OMS et l'Organisation internationale du Travail (OIT) ont récemment collaboré et coopéré avec différentes institutions en matière de santé des travailleurs dans la Région africaine. En 2002, le document *Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine* a été adopté par le Comité régional. Cette stratégie de portée générale permet aux pays d'élaborer leurs propres politiques en matière de santé et d'environnement, et notamment de santé et de sécurité des travailleurs. En 2003, Les Directeurs régionaux de l'OMS et de l'OIT ont signé une déclaration d'intention pour collaborer en matière de santé et de sécurité des travailleurs en Afrique.

35. Le présent document propose un certain nombre d'interventions prioritaires dont l'élaboration de politiques et de textes législatifs pour la santé et la sécurité des travailleurs; la planification et la mise en place de services complets de médecine du travail sur les lieux de travail et dans le cadre des programmes de soins de santé primaires; l'intégration de l'amélioration de la santé et de la sécurité parmi les critères de performance des systèmes de gestion; la mise à disposition d'informations à jour, d'instruments et de support de travail ainsi que des structures d'organisation pertinents; la mise en place d'un système d'enregistrement des accidents de travail et des maladies et expositions aux risques professionnels; la recherche sur les moyens de promouvoir une meilleure santé sur les lieux de travail et d'anticiper les problèmes nouveaux.

36. La disponibilité des services de médecine du travail permettrait d'éviter les maladies et affections d'origine professionnelle et d'en réduire le nombre. En étendant l'action de santé publique jusqu'aux lieux de travail, on réduirait l'absentéisme dû aux problèmes de santé tout en augmentant la productivité.

37. Dans les observations d'ordre général qu'ils ont formulées, les membres du Sous-Comité du Programme ont estimé qu'il fallait inclure la notion de sécurité dans le document, pour être en conformité avec le titre. Des questions telles que l'inclusion et le financement du secteur informel méritent d'être soulignées, et l'établissement de liens entre les ministères de la santé, du travail et

de la prévoyance sociale devrait être étoffé. Il faudrait en outre revoir l'application des cadres juridiques, y compris des mécanismes de protection des droits des travailleurs. La mise en oeuvre de la médecine du travail est entravée par la pénurie des ressources humaines.

38. Le Sous-Comité a proposé que les amendements spécifiques ci-après soient apportés au document :

- a) l'analyse de la situation devrait indiquer comment les résolutions mentionnées dans l'Introduction ont été mises en oeuvre;
- b) le paragraphe 10 devrait comprendre des exemples portant sur les transports routiers et l'agriculture;
- c) le paragraphe 11 ne précise pas les raisons qui empêchent l'accès aux services; même si les ressources sont disponibles, les avantages tirés des investissements dans la santé des travailleurs ne sont pas toujours bien perçus; ajouter la prévention et la promotion plutôt que d'insister seulement sur les services curatifs;
- d) compte tenu des dangers du tabagisme passif sur les lieux de travail, il a été suggéré d'inclure la résolution relative au tabac et la mise en oeuvre de la Convention cadre sur la lutte antitabac; d'autres formes de toxicomanies devraient également être incluses;
- e) la section relative aux Défis doit être révisée : la rendre plus claire, la relier aux interventions prioritaires et l'harmoniser avec les autres documents présentés au Sous-Comité du Programme;
- f) par souci d'harmonisation avec les autres documents présentés au Sous-Comité du Programme, il a été proposé de changer le titre de la section «Perspectives en Opportunités» et de réviser son contenu en conséquence;
- g) au paragraphe 28, la fin de la dernière phrase devrait être libellée de la manière suivante : «les mines, l'environnement, le travail et la prévoyance sociale»;
- h) au paragraphe 33, ajouter «promotionnelles» après «préventives», et ajouter un paragraphe concernant la nécessité de disposer d'un cadre juridique général qui faciliterait aux inspecteurs de la santé et ceux du travail l'accès aux lieux de travail, y compris le secteur non structuré;
- i) toute la section «Interventions prioritaires» doit être reformulée pour faire ressortir les interventions effectives et les relier aux éléments recensés dans l'analyse de la situation, notamment le développement des ressources humaines ainsi que les aspects psychosociaux;

- j) la deuxième phrase du paragraphe 38 devrait être transférée à la section «Principaux défis»; des recherches concernant les risques doivent être menées sur tous les lieux de travail; un système de surveillance doit être inclus dans les interventions en utilisant les mêmes indicateurs que ceux des enquêtes;
- k) dans la section «Rôles et responsabilités», il convient d'être plus précis concernant les partenaires à inclure et leur rôle respectif, notamment lorsqu'il s'agit du secteur non structuré avec lequel il faudrait trouver un mode d'association pour faciliter sa consultation et sa participation;
- l) au paragraphe 42 d), ajouter «examiner» avant «faire appliquer»;
- m) le paragraphe 43 c) doit être revu;
- n) dans la section «Conclusion», mentionner la sécurité dans les paragraphes 44 et 45;
- o) au paragraphe 44 de la version anglaise, remplacer «fall» par «decrease»;
- p) au paragraphe 45, supprimer «certains».

39. Le Directeur régional a remercié les membres de leurs observations et souligné la nécessité d'inclure les aspects sociaux de la santé des travailleurs et de mettre davantage l'accent sur le secteur informel, les accidents de la circulation et le risque lié à l'utilisation de pesticides sans mesures de protection.

40. Le Secrétariat a reconnu la rareté des données et des ressources humaines dans la Région et a encouragé les pays à collaborer pour la collecte de l'information nécessaire. En ce qui concerne le titre de la section relative aux Perspectives, l'idée était de l'harmoniser avec le titre du document. S'agissant des rôles et responsabilités des divers intervenants, il serait difficile d'énumérer tous les partenaires et leurs rôles, compte tenu des spécificités de chaque pays. Le Secrétariat a pris note de toutes les suggestions et en tiendra compte lors de la révision du document.

41. Le Sous-Comité a recommandé le document amendé et a préparé sur ce sujet un projet de résolution (AFR/RC54/WP/3) à soumettre au Comité régional pour adoption.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AU TRAITEMENT POUR LE VIH/SIDA DANS LA RÉGION AFRICAINE : INITIATIVE «3 MILLIONS D'ICI 2005» ET AU-DELÀ
(document AFR/RC54/14)

42. Le Dr Antoine Kaboré, du Secrétariat, a présenté ce document.

43. Le VIH/SIDA est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la Région africaine; cette affection entrave le développement et met en péril la sécurité des pays. Face à la

nécessité d'assurer des soins et des traitements, les États Membres ont prévu des services pour la prise en charge des infections opportunistes, des soins nutritionnels, la fourniture de médicaments antirétroviraux, des soins palliatifs et des mécanismes pour un soutien social, spirituel et psychologique. Toutefois, la prestation de soins et l'accès au traitement sont limités dans la plupart des pays africains en raison du coût élevé des médicaments et des diagnostics, de l'inadéquation de l'infrastructure sanitaire et des services de laboratoire, et de l'insuffisance des ressources humaines.

44. Les gouvernements de la Région ont manifesté un engagement accru en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA au cours des cinq dernières années, y compris par la fourniture de soins et de traitements. Les déclarations d'Abuja, de Maseru et de Maputo ont constitué de puissants catalyseurs pour l'action au niveau des pays. La communauté internationale a démontré son engagement par l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que par la Déclaration et le Plan d'Action de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA. Des ressources financières accrues sont mises à la disposition des pays par le canal du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme; du Programme multinational de la Banque mondiale pour la lutte contre le VIH/SIDA, et le «plan d'urgence de lutte contre le SIDA» initié par le Président des États-Unis.

45. Les campagnes de sensibilisation menées par la société civile et les négociations entreprises avec les industries pharmaceutiques ont permis d'obtenir une réduction considérable du prix des antirétroviraux. L'Initiative «3 millions d'ici 2005», lancée par l'OMS le 1^{er} décembre 2003, devrait contribuer de manière significative à améliorer l'accès aux soins et au traitement dans la Région africaine en mobilisant davantage de ressources, en accélérant l'action et en renforçant les partenariats. Le Bureau régional se propose de contribuer à restaurer la qualité de vie et à prolonger la survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA en donnant aux États Membres des orientations sur la mise en œuvre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

46. Il est conseillé aux États Membres d'adopter des stratégies de plaidoyer, de renforcement des systèmes de santé, de mobilisation des communautés, de décentralisation, d'intégration et de renforcement des partenariats. Les États Membres devront élaborer des plans nationaux en matière de soins, mettre en place des équipes de soins pour le VIH/SIDA, adopter des approches simplifiées pour le diagnostic et le traitement, assurer la formation des agents de santé, accroître l'accès aux services de dépistage et de conseil, et élever le niveau d'observance des traitements. Ils devront également prendre des mesures pour réduire le coût des médicaments et des diagnostics et fournir des soins et des traitements aux personnels de santé. La mise en œuvre de ces interventions par les États Membres ne devrait pas se faire au détriment de la prévention, qui demeure la principale mesure de lutte contre le VIH/SIDA.

47. La mise en œuvre des stratégies et interventions examinées dans le document contribuerait à améliorer de façon significative l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine dans le cadre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà.

48. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour la qualité de rédaction du document, qui fournira une orientation pertinente aux pays dans le processus d'accroissement de l'accès aux antirétroviraux. Le Sous-Comité a formulé les observations générales suivantes :

- a) il convient d'insister sur l'aspect de la coordination, puisque dans beaucoup de pays la lutte contre le VIH/SIDA est placée sous la direction d'un conseil national de lutte contre le SIDA, tandis que le rôle de mise en œuvre du traitement du VIH/SIDA incombe aux ministères de la santé;
- b) les initiatives actuelles en matière de traitement ne devraient pas occulter la nécessité de disposer de stratégies de prévention appropriées;
- c) des ressources supplémentaires devraient être mobilisées au niveau des pays pour faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le SIDA aient accès au traitement;
- d) les pays devraient élaborer leurs propres approches pour assurer un équilibre entre la confidentialité et la protection des partenaires et des familles des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

49. Les membres du Sous-Comité ont formulé les observations et suggestions spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 3 de la version anglaise, remplacer le mot «drugs» par «medicines»;
- b) au paragraphe 6, mettre en relief la différence entre les taux d'infection des jeunes femmes et ceux des jeunes hommes, et la nécessité de disposer de stratégies particulières en vue de faire face aux problèmes liés à la discordance de statut sérologique du VIH/SIDA chez les jeunes mariés;
- c) au paragraphe 12, insister sur le rôle des hommes dans les efforts visant à améliorer l'accès au traitement;
- d) au paragraphe 12 d), souligner la nécessité de réviser les politiques macroéconomiques pour permettre le recrutement du personnel nécessaire dans le secteur public;
- e) au paragraphe 12, ajouter le défi que représente la prévention de la résistance aux ARV;
- f) au paragraphe 17, insister sur le fait que l'Initiative «3 millions d'ici 2005» offre la possibilité d'améliorer la qualité des services de santé;
- g) au paragraphe 19, ajouter un principe directeur visant à réduire la stigmatisation liée au VIH/SIDA;

- h) au paragraphe 19 e), insister sur les approches participatives d'élaboration et de surveillance des programmes;
- i) au paragraphe 22, faire état des aspects relatifs au diagnostic et à la sécurité biologique;
- j) dans la section Stratégies, ajouter une nouvelle stratégie concernant la mobilisation des ressources;
- k) au paragraphe 33, indiquer les moyens spécifiques de faire baisser le prix des antirétroviraux;
- l) au paragraphe 34, ajouter une phrase sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA dans les établissements de soins de santé pour protéger aussi bien les agents de santé que les patients;
- m) dans la section «Principales interventions», ajouter une intervention concernant le renforcement des capacités des services de laboratoire en matière de diagnostic;
- n) au paragraphe 36, ajouter une remarque concernant les Mécanismes de Coordination des Pays en ce qui concerne le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme;
- o) dans la première phrase du paragraphe 4 du Résumé, ajouter «ou mettre à jour» après «élaborer» et ajouter «et de suivi et surveillance» après «de dépistage et de traitement».

50. Le Secrétariat a pris note de tous les commentaires et a remercié les membres du Sous-Comité de leurs contributions. L'origine de l'Initiative «3 millions d'ici 2005» a alors été expliquée; il a été souligné que la cible de 3 millions est une étape intermédiaire vers l'accès universel au traitement. Bien que l'Initiative «3 millions d'ici 2005» centre ses interventions sur les pays à haute prévalence de VIH/SIDA, il convient de ne pas délaissier les pays à faible prévalence de VIH et ayant une incidence élevée de MST, car ces pays courent un grand risque de voir augmenter l'incidence du VIH/SIDA.

51. S'agissant de la coordination, l'OMS insiste sur le rôle essentiel de chef de file des ministères de la santé dans la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA. L'OMS œuvre également avec l'ONUSIDA pour clarifier les rôles des conseils nationaux de lutte contre le SIDA et des ministères de la santé. Le Secrétariat a résumé les approches tendant à réduire le prix des antirétroviraux qui figurent dans la stratégie de l'OMS, «*Treating 3 million by 2005: Making it happen*». En guise de conclusion, le Secrétariat a souligné l'importance de privilégier le traitement étant donné que les sessions précédentes du Comité régional se sont déjà penchées sur les aspects plus généraux du VIH/SIDA.

52. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC54/WP/4) à soumettre au Comité régional pour adoption.

**ABUS SEXUELS CONTRE LES ENFANTS : UNE SITUATION D'URGENCE
SANITAIRE SILENCIEUSE** (document AFR/RC54/15)

53. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté le document concernant les abus sexuels contre les enfants.

54. Les abus sexuels commis sur les enfants (ASE) constituent un problème endémique de santé publique. Entourés d'une culture du silence et de l'opprobre, les cas d'abus sexuels contre des enfants sont sous-notifiés et on n'en connaît pas l'ampleur. L'abus sexuel commis sur un enfant consiste à l'associer à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas entièrement, pour lequel il ne peut donner son consentement éclairé, pour lequel il n'est pas apte de part son développement, ou à une activité qui constitue une violation des lois ou des tabous sociaux en vigueur. L'abus sexuel désigne la pénétration, les attouchements et les caresses des parties génitales. Cependant, la plupart des cas signalés sont ceux qui impliquent pénétration et souillure. Aucun enfant n'est à l'abri de tels abus répandus dans des lieux considérés comme «sûrs» et dont les auteurs sont souvent des personnes que l'enfant connaît et à qui il fait confiance.

55. L'abus sexuel commis sur un enfant a de graves conséquences, immédiates et à long terme sur la santé, ainsi que de multiples répercussions sociales. Parmi les conséquences sur la santé figurent des traumatismes physiques, voire la mort, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Chez les enfants plus âgés ou chez les adolescents, il pourra s'agir de grossesses non désirées et à haut risque susceptibles de donner lieu à des complications. Les traumatismes subis sur les plans psychologique et émotionnel peuvent se manifester par de mauvais résultats scolaires, une image négative de soi et des comportements d'autodestruction.

56. L'ASE était une urgence sanitaire silencieuse devant laquelle de nombreux pays sont impuissants, faute des capacités requises. Ils manquent en particulier de lois obligeant à notifier les cas et garantissant la protection de l'enfance. Les sanctions infligées aux auteurs d'ASE sont légères et sans rapport avec la gravité du délit. Les services de santé sont mal équipés pour prendre en charge les cas d'ASE. Par ailleurs, des attitudes négatives de la part des personnels sanitaires et l'absence de protocoles cliniques rendent la notification difficile.

57. Le document présenté vise à fournir des orientations stratégiques pour la prévention des cas d'ASE et la prise en charge de leurs conséquences sanitaires dans le contexte de l'action en faveur de la santé et du développement de l'enfant. Les interventions proposées comprennent, entre autres, des actions de plaidoyer, l'application des lois, l'élaboration de protocoles, et des réponses multisectorielles et pluridisciplinaires coordonnées. Les familles devront être outillées pour jouer le rôle premier qui est le leur pour prévenir et signaler les abus sexuels commis sur des enfants.

58. Les risques et les conséquences associés à l'infection par le VIH, à des grossesses non désirées et à des traumatismes physiques et psychologiques devraient attirer l'attention de la communauté internationale sur cette situation d'urgence silencieuse. Il appartient aux États Membres d'empêcher de tels crimes et d'en châtier les auteurs afin de faire cesser les abus sexuels sur des enfants et de protéger l'avenir de l'enfance africaine.

59. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé les observations d'ordre général ci-après :

- a) il conviendrait de faire le lien entre la question des mutilations sexuelles féminines pratiquées sur des enfants et les abus sexuels commis sur des enfants, en particulier du point de vue des interventions prioritaires, des rôles et des responsabilités à envisager;
- b) l'absence d'attention aux aspects complexes, douloureux et à facettes multiples des abus sexuels contre les enfants perdure du fait de la culture du silence;
- c) il faudrait étudier plus en détail les facteurs responsables de l'ampleur de ce problème.

60. Les membres du Sous-Comité du Programme ont formulé des observations plus spécifiques, comme suit :

- a) au paragraphe 1, dans la première phrase de la version anglaise, remplacer «concern» par «problem»;
- b) au paragraphe 3, il faudrait expliciter dans la version anglaise le terme «touching», susceptible de prêter à confusion dans le contexte culturel africain;
- c) au paragraphe 14, il conviendrait de définir le profil des abuseurs et de proposer des mesures de prévention; par ailleurs, il faudrait expliciter la définition de la pédophilie par rapport au mot *adulte* et au fait que les abuseurs dénoncés ont entre 9 et 70 ans;
- d) au paragraphe 23, évoquer le parlement des enfants comme un moyen de s'attaquer au problème des abus sexuels contre les enfants;
- e) au paragraphe 25, ajouter un objectif spécifique en vue de l'institutionnalisation des structures spécialement chargées du problème des ASE; ajouter aussi un objectif pour la prise en charge des aspects psychosociaux des ASE évoqués au paragraphe 14;
- f) dans la section consacrée aux principes directeurs, ajouter «des recherches qualitatives sur le profil des abuseurs afin de faciliter l'adoption de mesures appropriées»;
- g) au paragraphe 33, ajouter «les chefs religieux» après «familles» dans la liste des partenaires appelés à se mobiliser contre le problème des ASE;

- h) au paragraphe 34, dans la première phrase, ajouter, après «protection sociale», «ainsi qu’avec des institutions spécialisées telles celles qui s’occupent de la protection des femmes et des enfants».

61. Au sujet du résumé, les membres du Sous-Comité du Programme ont notamment formulé les observations suivantes :

- a) au paragraphe 3, dans la deuxième phrase, ajouter «l’opulence» après «conflits armés»;
- b) reprendre l’idée énoncée au paragraphe 37 en insérant un texte à cet effet entre les paragraphes 4 et 5 et souligner qu’il appartient aux États Membres et aux familles d’assurer la protection des enfants;
- c) il faudrait susciter la prise de conscience sur les situations qui prédisposent les enfants aux ASE, par exemple le fait d’être à la rue;
- d) au paragraphe 3, évoquer le travail des enfants, en particulier la prostitution infantine comme moyen de compléter le revenu familial.

62. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme des observations qu’ils ont formulées et qui serviront à améliorer le document :

- a) la question des ASE est extrêmement difficile et complexe; elle suscite des sentiments de colère et de frustration; c’est un sujet tabou dont il faut pourtant parler pour briser le mur de silence qui l’entoure;
- b) les mutilations sexuelles féminines sont une forme d’abus contre les enfants mais ne constituent pas des abus sexuels; le Bureau régional a déjà un programme en charge des mutilations sexuelles;
- c) les ASE revêtent quasiment la forme d’une épidémie sociale à l’échelle mondiale; la protection des enfants exigerait par conséquent des efforts collectifs;
- d) bien qu’il s’agisse d’un problème complexe aux aspects multiples, le document traite essentiellement de ses incidences sur la santé publique;
- e) il est tout aussi important de prévenir que de définir le profil des abuseurs; toutefois, ce n’est pas dans les prisons que se trouvent ces derniers mais bien dans des lieux normalement considérés comme sûrs pour les enfants, y compris le foyer, les écoles et les lieux de loisirs; la résolution du Comité régional sur cette question mettra l’accent sur les conséquences des ASE pour la santé publique, le but étant de sensibiliser les autres secteurs concernés et de faciliter la collaboration;

- f) s'il est vrai que les pays disposent de différents moyens institutionnels pour assurer la protection de l'enfance, il demeure indispensable que la prise en charge des besoins des enfants reviennent aux échelons les plus élevés de l'administration;
- g) la prise en charge des ASE devrait être intégrée aux programmes des ministères de la santé concernant les enfants et les adolescents.

63. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document amendé et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC54/WP/5) à soumettre au Comité régional pour adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME(document AFR/RC54/10)

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

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

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

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

- a) Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (AFR/RC54/11 Rév.1)
Dr T. Gakuruh (Président)
- b) Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (AFR/RC54/12 Rév.1)
Dr T. Gakuruh (Président)
- c) Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (AFR/RC54/13 Rév.1)
Dr Sidy Diallo (Rapporteur)
- d) Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (AFR/RC54/14 Rév.1)
Dr Sidy Diallo (Rapporteur)

- e) Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (AFR/RC54/15 Rév.1)

Dr Thabelo Ramatlapeng (Rapporteur)

CLÔTURE DE LA RÉUNION

67. Il a été porté à la connaissance des participants que le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Lesotho et le Libéria étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Des remerciements ont été adressés à ces pays pour leur excellente contribution aux travaux du Sous-Comité. Ces pays seront remplacés par la Namibie, le Niger, le Nigéria, le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, et le Sénégal.

68. La Présidente a remercié le Secrétariat d'avoir proposé comme sujets de discussion des questions d'actualité très pertinentes. Elle a dégagé les principaux points de chaque document examiné au cours de la réunion du Sous-Comité du Programme. Elle a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur appui, pour l'intensité des débats et pour leurs précieuses contributions qui sont très bien résumées dans le rapport du Sous-Comité du Programme. Elle a remercié le Secrétariat pour l'excellente qualité des documents présentés, y compris le rapport du Sous-Comité, ce qui constitue un tournant dans l'amélioration de l'image de l'Afrique. Elle a félicité le Secrétariat pour son excellent travail d'équipe.

69. Le Directeur régional a déclaré que la réunion avait été bonne. Il a ajouté que ce résultat était dû à une bonne préparation, au fait que les documents avaient été distribués à temps, aux contributions inestimables des membres du Sous-Comité du Programme et aux qualités de la Présidente. Il a exhorté les membres du Sous-Comité du Programme à se faire les avocats des questions examinées et à diffuser l'information et la connaissance dans leur pays. Il a rendu hommage aux interprètes et aux traducteurs pour le superbe travail accompli.

70. Le Directeur régional a rappelé que cette réunion du Sous-Comité du Programme était la dernière à laquelle il participait. Il a remercié les membres du Sous-Comité et le personnel pour l'immense appui qu'ils lui ont apporté durant tout son mandat. Il a déclaré que la nouvelle génération devait, à titre d'héritage, considérer le développement de l'Afrique comme une responsabilité et un engagement partagés.

71. Intervenant au nom des membres du Sous-Comité du Programme, le membre du Conseil exécutif a souhaité au Directeur régional une retraite bien méritée après les excellents services qu'il a rendus à l'Afrique.

72. La Présidente a ensuite déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. ÉTATS MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

GHANA

Dr Ahmed Kofi
Chief Medical Officer
Ministry of Health
P.O. Box MB 44
Accra

GUINÉE-BISSAU

Dr Júlio César Sa Nogueira
Director-Geral de Saúde Pública
Ministério da Saúde
Av. Unidade Africana
C.P. 50
Bissau

GUINÉE

Dr Boubacar Sall
Médecin-Directeur, Services Statistiques,
Études et Information (SSEI)
Ministère de la Santé publique
Commune de Kaloum
B.P. 585
Conakry

KENYA

Dr Teniin Gakuruh
Head, Ministry of Health Sector Reform
Ministry of Health
Box 30016
Nairobi

LESOTHO

Dr Thabelo Ramatlapeng
Director-General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru 100

LIBÉRIA

Dr Eugene Didi Dolopei
Chairman, Department of Public Health and
Community Medicine
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 10-9009
Monrovia

MADAGASCAR

Dr Rigobert Arsène Rafiringason
Directeur général
Ministère de la Santé
B.P. 88 Ambohidahy
Antananarivo 101

MALAWI

Dr Habib Somanje
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 30377, Capital City
Lilongwe 3

MALI

Dr Sidy Diallo
Conseiller technique
Ministère de la Santé, Koulouba
Bamako

MAURITANIE

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
B.P. 30
Nouakchott

MAURICE

Mrs Rajwantee. Ramrukheea
Principal Assistant Secretary
Ministry of Health and Quality of Life
Emmanuel Anquetil Building, 5th Floor
Port-Louis

MOZAMBIQUE

Dr Alexandre Manguele
Director Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Maputo
E-mail : misaudns@tropical.cm.mz

2. MEMBRES DU CONSEIL EXÉCUTIF

Dr Jean-Baptiste Ndong Nguema
Inspecteur général de la Santé
Ministère de la Santé publique
B.P. 2279
Libreville
Gabon – Fax (242)76.45.34

Hon. Yankuba Kassama*
Secretary of State for Health
Banjul
Gambia

Hon. Kwaku Afriyie*
Minister of Health
Accra
Ghana

3. COMITÉ CONSULTATIF AFRICAÏN POUR LA RECHERCHE ET LE DÉVELOP-PEMENT SANITAIRES (CCARDS)

Dr Mohamed Abdullah
Vice-Président du CCARDS
Nairobi
Kenya

* N'a pas pu participer.

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC54/9)
4. Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11)
5. Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC54/12)
6. Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13)
7. Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14)
8. Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15)
9. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC54/10)
10. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
11. Clôture de la réunion

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 15 JUIN 2004

10h00 – 10h10	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
10h10 – 10h20	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h20 – 10h30	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC54/9)
10h30 – 11h00	Pause-café	
11h00 – 12h30	Point 4 de l'ordre du jour	Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (document AFR/RC54/11)
12h30 – 14h30	Pause-déjeuner	
14h30 – 16h00	Point 5 de l'ordre du jour	Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (document AFR/RC54/12)

2^{ème} JOUR : MERCREDI 16 JUIN 2004

09h00 – 10h30	Point 6 de l'ordre du jour	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13)
10h30 – 11h00	Pause-café	
11h00 – 12h30	Point 7 de l'ordre du jour	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14)
12h30 – 14h30	Pause-déjeuner	

14h30 – 16h00 **Point 8 de l'ordre du jour:** Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15)

17h00 **Cocktail**

3^{ème} JOUR : JEUDI 17 JUIN 2004

09h00 – 17h00 **Rédaction du rapport** (Travail du Secrétariat)

4^{ème} JOUR : VENDREDI 18 JUIN 2004

10h00 – 12h00 **Points 9, 10 et 11 de l'ordre du jour :**

- Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC54/10)
- Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
- Séance de clôture.

RAPPORT DE LA TABLE RONDE**La situation nutritionnelle dans la Région africaine de l'OMS :
Défis et perspectives****INTRODUCTION**

1. La Table ronde sur «La situation nutritionnelle dans la Région africaine : Défis et perspectives» s'est tenue le 3 septembre 2004 sous la présidence du Dr Brian Chituwo, Ministre de la Santé de la Zambie, conformément à la décision n° 9 de la cinquante-troisième session du Comité régional.
2. Le but de la Table ronde était de faire mieux connaître la situation nutritionnelle qui prévaut dans la Région et de déterminer les mesures spécifiques à prendre au niveaux communautaire, national et régional pour remédier à la situation.
3. Les participants étaient répartis en trois groupes :
 - a) Le groupe n° 1, composé de pays francophones, avait pour Président M. Mohamed L. O. Selmane, Ministre de la Santé de la Mauritanie, et pour Facilitateur le Dr Aristide Sagbohan, Conseiller régional pour la nutrition.
 - b) Le groupe n° 2, composé de pays anglophones, avait pour Président le Dr Brian Chituwo, Ministre de la Santé de la Zambie, et pour Facilitateur Mme Julia Tagwireyi, Directeur du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition du Zimbabwe.
 - c) Le groupe n° 3, composé de pays lusophones, francophones et anglophones, avait pour Président le Dr Albertina J. Hamukwaya, Ministre de la Santé de l'Angola, et pour Facilitateur le Dr Funke Bogunjoko, fonctionnaire technique à l'Unité Analyse et Appui aux pays, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
4. Avant les discussions en groupes, le Dr Rufaro Chatora, Directeur de la Division Développement des Systèmes et Services de Santé, a fait un bref exposé en séance plénière sur la gravité de la situation nutritionnelle, le cadre d'action, les défis, et les principaux points de discussion, conformément au document de base intitulé «La situation nutritionnelle dans la Région africaine : Défis et perspectives» (AFR/RC54/RT/1).

POINTS DE DISCUSSION

5. La Table ronde a examiné les questions et points suivants :
- a) Quelles mesures faut-il prendre pour que la nutrition reçoive un niveau de priorité plus élevé dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs de développement afin de garantir l'adoption ou le renforcement durable de politiques et de cadres institutionnels appropriés dans ce domaine ?
 - b) Que doivent faire les pays pour améliorer les capacités techniques nécessaires aux programmes de nutrition, mobiliser des ressources financières et renforcer les systèmes nationaux d'information portant sur la nutrition ?
 - c) Compte tenu de la diversité des défis à relever, y inclus le statut social peu élevé accordé à la femme, quel appui faut-il apporter aux communautés pour qu'elles atteignent la sécurité alimentaire et nutritionnelle ?

PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS

6. Les contributions apportées par les délégués lors des discussions en groupes ont mis l'accent sur diverses questions parmi lesquelles on peut citer : la promotion des «fast-foods» au détriment de plats traditionnels nourrissants; la prévalence de suppléments nutritionnels n'ayant pas fait leur preuve sur le plan médical; la nécessité de promouvoir les connaissances indigènes sur la production, le traitement, la conservation et la préparation des aliments; la nécessité d'orientations techniques sur la consommation des aliments génétiquement modifiés; les lignes directrices concernant la nutrition des personnes vivant avec le VIH et le SIDA; la promotion et l'enrichissement effectif des produits alimentaires.

7. Les débats ont porté essentiellement sur les mesures à prendre pour donner plus d'importance à la nutrition dans le secteur de la santé et les autres secteurs de développement. Les discussions ont débouché sur des propositions en faveur des actions suivantes : évaluation de la gravité de la situation nutritionnelle au niveau des pays; élaboration de politiques et de législations nationales en matière d'alimentation et de nutrition; adoption d'approches pluridisciplinaires et multisectorielles pour les interventions à mener et coordination par une institution de haut niveau; plaidoyer en faveur de la nutrition au sein du secteur de la santé; intégration de la nutrition dans les autres programmes et projets de développement; mise en œuvre de politiques d'appui nutritionnel en faveur de groupes vulnérables tels que les élèves, les femmes et les personnes vivant dans des situations d'urgence.

8. Par ailleurs, pour renforcer les capacités techniques nécessaires aux programmes de nutrition, il a été proposé que les pays adoptent les mesures suivantes : formation des formateurs et des agents de santé en matière de nutrition; développement des ressources humaines dans le domaine de la nutrition; renforcement des capacités des chefs traditionnels,

des agents de vulgarisation et des ONG pour la mise en œuvre des programmes de nutrition; et renforcement de la composante «nutrition» des autres programmes de formation (agriculture, éducation, santé, etc.).

9. Afin de mobiliser des ressources financières, les pays pourraient renforcer les activités de plaidoyer auprès des principaux décideurs; intégrer la nutrition dans d'autres initiatives, politiques et stratégies de développement (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, objectifs du Millénaire pour le développement, document de stratégie de réduction de la pauvreté); intégrer horizontalement la nutrition dans d'autres programmes de santé; mener des campagnes de sensibilisation et promouvoir continuellement l'éducation en matière de nutrition à tous les niveaux.

10. Afin de renforcer les systèmes nationaux d'information sur la nutrition, il a été proposé aux pays : d'élaborer un système régional d'information en matière de nutrition doté d'indicateurs normalisés et de le diffuser dans les pays; de mettre en place des systèmes d'information nutritionnelle à base communautaire; d'allouer des ressources aux systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle; de mener des études approfondies au moment opportun et d'utiliser les informations sur la nutrition pour faciliter la prise de décisions par les autorités compétentes et les communautés touchées.

11. Compte tenu de la multiplicité des défis à surmonter, y compris la condition inférieure de la femme, il est possible d'apporter diverses formes d'appui aux communautés pour leur permettre d'assurer leur sécurité alimentaire et nutritionnelle. Parmi les mesures proposées, on peut citer : la promotion d'une perspective sexospécifique dans les programmes de nutrition; l'intégration de la nutrition dans les stratégies de traitement du VIH et du SIDA; et la promotion d'activités génératrices de revenus dans les divers programmes mis en œuvre par les groupes de femmes.

RECOMMANDATIONS

12. Les participants à la Table ronde ont recommandé aux États Membres :

- a) d'élaborer des politiques et des plans d'alimentation et de nutrition dans un cadre multisectoriel;
- b) de faire campagne pour l'ouverture d'une ligne budgétaire consacrée à la nutrition dans les budgets nationaux;
- c) de créer ou de renforcer les programmes de santé en milieu scolaire;
- d) de prévoir des ressources pour la recherche appliquée à la nutrition afin de faciliter l'élaboration de programmes de nutrition fondés sur des bases factuelles;
- e) d'intégrer la nutrition dans les programmes nationaux de développement.

13. Ils ont en outre recommandé à l'OMS :

- a) de plaider pour une augmentation des ressources consacrées à la nutrition dans le budget ordinaire;
- b) de mobiliser des ressources auprès des partenaires pour les programmes de nutrition;
- c) d'apporter un appui technique pour la mise en place et le renforcement des systèmes de surveillance nutritionnelle;
- d) d'apporter un appui aux pays pour les questions liées à la nutrition.

14. Compte tenu du peu de temps disponible pour les discussions et de l'importance de la nutrition dans la santé, les participants ont recommandé que la nutrition soit inscrite à l'ordre du jour officiel du Comité régional dans un proche avenir.

**ALLOCUTION DU DR ALAIN MOKA,
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION
DE LA RÉPUBLIQUE DU CONGO**

Monsieur le Ministre d'État, chargé de la Coordination de l'Action gouvernementale,
Ministre des Transports et des Privatisations, représentant Son Excellence Monsieur le Président
de la République du Congo,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Mesdames et Messieurs les Ministres des pays de la Région africaine de l'Organisation mondiale
de la Santé,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations régionales et internationales,
Mesdames et Messieurs les Représentants des institutions du système des Nations Unies,
Monsieur le Préfet du Département de Brazzaville,
Monsieur l'Administrateur Maire de la ville de Brazzaville,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

C'est avec un réel plaisir que je prends la parole pour souhaiter la bienvenue et un agréable séjour à Brazzaville, aux éminents acteurs de développement sanitaire régional et mondial qui vont prendre part à la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je voudrais également traduire la fierté et la joie du peuple congolais, d'accueillir dans sa belle capitale les éminentes personnalités de la famille africaine, dans sa tradition légendaire d'hospitalité.

Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs des Délégations,
Distingués invités,

Comme vous l'avez constaté depuis que vous avez foulé le sol congolais, Brazzaville la verte, a retrouvé la paix, et les Congolais la tranquillité des esprits.

C'est le fruit de la volonté d'un homme, digne et grand fils de l'Afrique qui œuvre inlassablement à préserver la paix tant dans notre pays que dans la Région africaine, j'ai nommé Son Excellence Monsieur Denis Sassou Nguesso, Président de la République, Chef de l'État.

Je voudrais très respectueusement lui rendre un hommage très appuyé et déferent pour son implication personnelle et sans relâche dans le règlement des conflits en Afrique.

Je saisis l'opportunité qui m'est offerte ce jour pour féliciter le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Ebrahim Malick Samba, dont le mandat arrive à terme, pour sa contribution

hautement appréciable dans la résolution des problèmes de santé dans notre pays. Je voudrais aussi exprimer ma gratitude à l'Organisation mondiale de la Santé et aux dirigeants des pays africains pour le retour effectif du Bureau régional à Brazzaville, et exhorter le Directeur régional à finaliser ce processus pour un allègement des coûts de gestion.

Mesdames et Messieurs,

Il est toujours utile de rappeler que le but ultime de l'Organisation mondiale de la Santé et des États Membres est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Dans une Région dont l'environnement politique est marqué par des conflits armés, et où les endémies et les épidémies sont légion, l'OMS demeure notre outil précieux pour l'amélioration de la santé de nos populations.

En effet, une mise en commun plus hardie de nos stratégies régionales de lutte contre la maladie et la pauvreté contribuerait plus efficacement à la résolution de nos problèmes majeurs de santé.

La Région africaine est particulièrement concernée, au regard de la charge de surmortalité et de surmorbidity imputable surtout aux maladies dues à la pauvreté, exacerbées par :

- les conséquences socioéconomiques de nombreux conflits armés récurrents;
- la sécheresse et les catastrophes naturelles;
- le VIH/SIDA;
- bref, par un environnement peu propice au développement de la santé.

En effet, l'Afrique continue de supporter le plus lourd fardeau des maladies en dépit d'importants efforts déployés tant par les États que par les institutions régionales et internationales.

Le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies infectieuses persistantes figurent parmi les principaux obstacles au progrès socioéconomique de nos pays, tant elles mettent à l'épreuve leurs systèmes de santé et leurs maigres ressources humaines et financières.

Mesdames et Messieurs,

Dans l'optique d'un développement humain durable, l'Afrique a souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement et du NEPAD, dans le domaine de la santé en particulier.

Il s'agit notamment :

- de la réduction de la mortalité infantile;

- de l'amélioration de la santé maternelle, du contrôle et de la maîtrise du paludisme et d'autres grandes maladies;
- de la promotion d'un environnement durable.

À cette fin, le développement du partenariat sanitaire, à l'instar de l'«Initiative Faire reculer le paludisme», visant à lutter contre les maladies transmissibles aux niveaux mondial, régional, national et local, est un gage d'espoir pour les vaincre.

L'Initiative «3 millions d'ici 2005» de l'OMS pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en est une autre illustration.

Face à l'importante charge de la maladie, le renforcement de nos systèmes de santé, fondés sur les principes de base des soins de santé primaires énoncés à Alma-Ata en 1978, s'impose, afin de permettre l'accès de tous, en particulier les plus démunis, à des soins essentiels de qualité.

À cet effet, le développement des ressources humaines pour la santé, le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire, le financement durable des systèmes de santé à travers les mécanismes viables, la mise en place de partenariats efficaces pour la santé, demeurent quelques-uns des défis que nous sommes appelés à relever pour rendre nos systèmes de santé plus efficaces.

Mesdames et Messieurs,

La cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique revêt de toute évidence une importance particulière, dans la mesure où il devrait notamment :

- examiner et adopter le cadre de référence pour un développement sanitaire régional durable, en termes d'objectifs et stratégies de la santé, de buts et de cibles à atteindre, pour la période 2006–2015;
- examiner et adopter le Programme général de Travail de l'OMS/AFRO, à la lumière de l'Agenda 2020 de la politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle;
- élire un nouveau Directeur régional.

Nous lui souhaitons alors plein succès.

Vive l'Organisation mondiale de la Santé !

Vive l'Afrique !

Je vous remercie.

ANNEXE 7

ALLOCUTION DU DR MANTOMBAZANA TSHABALALA-MSIMANG, MINISTRE DE LA SANTÉ D'AFRIQUE DU SUD, PRÉSIDENTE DE LA CINQUANTE-TROISIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Excellence, Monsieur le Ministre d'État,
Monsieur le Représentant du Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional, Dr Samba,
Excellence, Monsieur le Ministre de la Santé,
Mesdames et Messieurs les Représentants de l'Union africaine,
Mesdames et Messieurs les Représentants des institutions des Nations Unies,
Mesdames et Messieurs les Représentants des institutions régionales et sous-régionales,
Mesdames et Messieurs les Partenaires internationaux,
Distingués délégués,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur et un privilège pour moi de présider cette réunion d'ouverture de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Permettez-moi une fois de plus de vous remercier, au nom du Gouvernement et du peuple d'Afrique du Sud, pour avoir donné à mon pays l'occasion d'accueillir la cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. C'est en effet avec beaucoup de plaisir que nous vous avons reçus à Johannesburg.

Le Président Thabo Mbeki de la République d'Afrique du Sud nous souhaite beaucoup de succès au cours de cette cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Permettez-moi de rendre hommage au Dr Ebrahim Malick Samba pour la vision et la dévotion avec lesquelles il a dirigé notre Organisation et pour les multiples résultats que celle-ci a enregistrés pendant son mandat. Je suis convaincue que notre Organisation continuera à bénéficier de son immense expérience. Ce qui m'a le plus impressionnée à votre sujet, Dr Samba, c'est la méthode originale que vous avez adoptée pour résoudre les problèmes de santé publique en faisant recours à des messages simples, à l'approche des soins de santé primaires et à des stratégies hautement efficaces qui ont eu un impact optimal sur la santé des nations africaines.

Le monde entier est conscient des efforts que vous avez déployés pour l'éradication de l'onchocercose. C'est un héritage que vous laisserez derrière vous. Je voudrais vous féliciter, Monsieur le Directeur régional, pour avoir remis la médecine traditionnelle à l'ordre du jour dans notre continent et pour avoir fait en sorte que le 31 août soit désormais célébré comme Journée de la Médecine traditionnelle africaine dont la première édition, organisée l'année dernière, avait pour thème «Médecine traditionnelle : Notre culture, notre avenir».

Vous avez également eu à relever un défi sur le plan administratif, celui de maintenir le Bureau régional intact pendant le déménagement à Harare et le retour à son siège à Brazzaville. Je pense personnellement que vous avez très bien géré cette transition.

Je tiens par ailleurs à saluer le sens de l'initiative dont vous avez fait preuve en convoquant des réunions des Ministres africains de la Santé pendant les sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Je voudrais me référer à cet égard à la décision prise par les Ministres de considérer ces réunions comme des rencontres informelles, ce qui minimise la portée des importantes décisions que nous prenons pendant ces assises; je considère par conséquent que ce sont des réunions officielles. Je dois aussi féliciter le Dr Samba d'avoir veillé à ce que les délégués africains soient bien représentés aux réunions des Organes directeurs de l'OMS.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais également rendre hommage à Mesdames et Messieurs les Ministres pour l'important travail abattu pendant l'année écoulée, depuis la dernière réunion du Comité régional. Parmi vos réalisations, on peut citer les bons résultats obtenus pendant la dernière Assemblée mondiale de la Santé, grâce essentiellement à une meilleure coordination du Groupe africain par le groupe basé à Genève. Nous suscitions en effet l'admiration de la plupart, sinon de toutes les régions de l'OMS. Au nom de tous, je voudrais vous féliciter pour la diligence avec laquelle vous donnez suite aux décisions du Comité régional. Je voudrais remercier particulièrement à cet égard l'équipe chargée de réviser les modalités de désignation des membres devant faire partie du Conseil exécutif.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

C'est grâce à votre engagement personnel et à l'unité de notre Région que nous avons pu prendre des résolutions fermes sur la migration du personnel de santé, la santé de la reproduction, la promotion de la santé et des modes de vie sains, et plusieurs autres résolutions importantes pour notre Région.

Ces résolutions ont bénéficié à nos pays. La résolution sur la migration du personnel de santé fournit un cadre qui permet à nos pays de signer des accords avec les pays développés en vue de gérer le recrutement du personnel de santé d'une manière qui soit transparente; qui ne perturbe pas les systèmes de santé des pays en développement; et qui bénéficie tant aux pays en développement qu'aux pays développés. Je crois qu'il est opportun et approprié de rendre hommage à nos Chefs d'État et de Gouvernement pour avoir déclaré l'année 2004 «Année du développement des ressources humaines, avec un accent spécial sur les agents de santé». Nous devons par conséquent nous préparer convenablement pour le sommet qui se tiendra cette année.

Malgré ces réalisations, nous avons encore un certain nombre de défis à relever :

- **Assurer la mise en oeuvre efficace de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac.** Nous avons tous le devoir de veiller à ce que nos pays ratifient d'urgence la convention. Nous devons poursuivre nos efforts concertés et intensifier notre lutte commune contre le tabagisme. L'appui de l'OMS en général et du Bureau régional est à cet effet crucial.
- **S'attaquer à la question du clonage humain.** Vous vous rappelez que les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine ont adopté une résolution visant à définir une position commune de l'Afrique sur le clonage humain. Il est donc crucial que le Bureau régional accélère les efforts visant à finaliser ce document d'orientation. Les Chefs d'État et de Gouvernement de la SADC ont récemment adopté une position sur ce sujet et celle-ci constituera leur base de discussion pendant l'Assemblée générale des Nations Unies le mois prochain.
- **Le défi du VIH et du SIDA en Afrique.** On ne dira jamais assez que le seul moyen de stopper la propagation de l'infection à VIH et d'atténuer l'impact du SIDA consiste à renforcer les systèmes de santé. Je me félicite de ce que beaucoup de pays comprennent maintenant pourquoi nous devrions parler de VIH et de SIDA plutôt que de VIH/SIDA. Il est par conséquent nécessaire que l'OMS révise l'appellation de ce syndrome.
- **Genre.** Un autre défi à relever consiste à promouvoir sans relâche la représentativité des femmes et des personnes handicapées à tous les niveaux de l'Organisation. C'est grâce à une organisation véritablement représentative que nous pouvons exceller. Aucune voiture ne peut bien rouler si la moitié de ses pistons ne fonctionne pas. Quand nous marginalisons les femmes, nous faisons exactement la même chose.
- **Mortalité maternelle.** Il est regrettable que nous continuions à perdre des vies à l'occasion des grossesses et des accouchements, événements naturels qui doivent normalement apporter de la joie aux familles. Il est inacceptable que la grossesse et l'accouchement demeurent dangereux. Nous devons tous prendre l'engagement de réduire les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Saisissons l'opportunité de ce millénaire de l'Afrique pour prendre en main notre propre destin. Il faut que nous soyons des hommes et des femmes mûrs et autonomes. Évitions que le monde extérieur continue à nous dicter ce que nous devons faire. Pour cela, il faut que le Bureau régional, l'Union africaine et les autres structures régionales et sous-régionales soient mieux

coordonnés. À cette effet, le Bureau régional devrait intensifier ses efforts en vue de mettre en oeuvre la stratégie sanitaire du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

Les conflits armés continuent à affaiblir nos systèmes de santé et à nuire aux groupes vulnérables, en particulier les femmes, les enfants et les personnes handicapées. Nous devons renforcer le programme d'action sanitaire en situation de crise mis en oeuvre par l'OMS ainsi que la solidarité entre États Membres pendant les périodes de crises et d'épidémies.

Nous devons également renforcer périodiquement notre action multilatérale à l'échelle régionale et mondiale pour protéger la souveraineté des États Membres et notre héritage africain. L'Organisation mondiale de la Santé doit donc nous aider à œuvrer ensemble, pour renforcer les systèmes de santé de nos pays et coopérer mutuellement.

Notre Organisation a besoin d'hommes et de femmes de vision, de courage et de compétence capables de donner corps à la vision d'un siècle de l'Afrique et d'un système des Nations Unies réformé qui protège la santé, le bien-être et les droits des populations pauvres et vulnérables. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une OMS efficace et efficiente, dotée de rouages bien huilés. La pauvreté et le sous-développement constituent un cercle vicieux qui nuit à la santé des nations et que nous devons briser pour libérer nos populations de cet abîme en plaidant pour un accroissement des ressources destinées à améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour tous.

Je souhaite bonne chance à tous les candidats au poste de Directeur régional qui seront examinés par le Comité régional. Je suis convaincue que nous trouverons parmi eux des dirigeants capables de conduire notre Organisation à des succès plus grands.

Je voudrais enfin profiter de cette occasion pour exprimer mes meilleurs vœux au Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique dans la conduite des travaux.

L'Afrique du Sud est prête et disposée à participer pleinement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en vue de la santé pour tous dans notre continent.

Je vous remercie.

ANNEXE 8

ALLOCUTION DE MONSIEUR ISIDORE MVOUBA, MINISTRE D'ÉTAT, CHARGÉ DE LA COORDINATION DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE, MINISTRE DES TRANSPORTS ET DES PRIVATISATIONS DE LA RÉPUBLIQUE DU CONGO

Monsieur le Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Mesdames et Messieurs les Ministres des États Membres de la Région africaine de l'OMS,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Chefs de Missions diplomatiques,
Monsieur le Directeur général de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Chefs de Délégations de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé,
Mesdames et Messieurs les Membres des Corps constitués,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations régionales et internationales,
Monsieur le Préfet du Département de Brazzaville,
Monsieur le Maire de la ville de Brazzaville,
Distingués délégués,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

Le Président Denis Sassou Nguesso aurait bien aimé être avec vous ici et maintenant. Il aurait bien aimé partager avec vous cet important moment où la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé va se réunir.

En effet, le Président Denis Sassou Nguesso aurait aimé être parmi vous afin d'être à l'écoute de vos préoccupations, comme il l'a toujours fait, et Dieu seul sait, si ses préoccupations sont nombreuses. Mais les contraintes liées à sa lourde charge l'ont éloigné de Brazzaville. C'est pourquoi, il m'a chargé de vous transmettre, au nom du peuple et du Gouvernement congolais, ainsi qu'en son nom personnel, ses salutations les plus fraternelles.

En outre, il m'a demandé de vous dire toute sa satisfaction de vous savoir tous réunis ici à Brazzaville, cité de paix, terre d'accueil et d'hospitalité, pour améliorer nos systèmes de santé, et par voie de fait, la santé de nos populations, avec l'appui toujours précieux de l'Organisation mondiale de la Santé.

C'est certainement ici l'occasion de saluer le retour à Brazzaville du Bureau régional de notre Organisation, auquel le peuple congolais tout entier renouvelle tout son attachement.

Pour tout dire, je voudrais saisir l'occasion qui m'est offerte par la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS, pour rendre un vibrant hommage à l'Organisation et à tous ses serviteurs, parmi lesquels je tiens à citer le Directeur général, le Dr Lee Jong-wook, et le Directeur régional pour l'Afrique, le Dr Ebrahim Malick Samba.

En effet, pendant la période écoulée, l'Organisation a gagné en maturité et conquis ses lettres de noblesse grâce au zèle de ses serviteurs, je serais tenté de dire de ses servants, qui, par leur labeur au quotidien, apportent à l'homme quiétude, sérénité et soulagement.

Mesdames et Messieurs,

Sur la base des objectifs du Millénaire qui placent la santé au cœur du développement et des principes de la santé pour tous, nos pays oeuvrent pour un développement sanitaire durable et pour le recul de la maladie, donc de la pauvreté. En effet, la lutte pour la santé pour tous est une composante essentielle de la lutte contre la pauvreté, sans laquelle l'action des gouvernants que nous sommes serait une simple parodie. Nous voulons que nos populations accèdent à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Dans notre longue marche vers la santé pour tous, il convient de reconnaître que des progrès significatifs ont été réalisés, à l'instar de l'éradication de la variole et de tant d'autres maladies. D'autres progrès sont attendus à travers les campagnes d'éradication de la poliomyélite, la mise en œuvre de la stratégie «Faire reculer le paludisme» et l'«Initiative pour un monde sans tabac». Par ailleurs, dans le cadre de l'Agenda 2020 de la politique de la santé pour tous en Afrique, plusieurs défis sont à relever, au nombre desquels nous citerons :

- la réduction de la mortalité infantile;
- l'amélioration de la santé maternelle;
- l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA;
- le contrôle et la maîtrise du paludisme, de la tuberculose et d'autres grandes endémies;
- la maîtrise des maladies liées aux modes de vie, telles le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires;
- la prévention et le recul du tabagisme.

À cela, il convient d'ajouter la menace des maladies émergentes à l'instar de la fièvre hémorragique à virus Ebola.

Pour réussir cette grande et noble entreprise, il nous faut remporter la bataille pour la paix, qui conditionne assurément notre victoire sur la pauvreté. Les Congolais l'ont compris après avoir touché le fond à la faveur des douloureux événements qu'ils ont connus. Il a fallu mener une lutte opiniâtre contre la désunion sous la conduite clairvoyante du Président Denis Sassou Nguesso, pour retrouver les chemins glorieux de l'espérance.

Dans le cadre de la santé pour tous, en plus de nos efforts nationaux et régionaux, nous saurons toujours compter sur l'appui de nos partenaires au développement. Que les institutions du système des Nations Unies, les agences de coopération bilatérale et multilatérale, les organisations non gouvernementales internationales, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude pour leur aide et assistance multiformes.

Mesdames et Messieurs les Délégués,

Le processus de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous au 21^{ème} siècle, adoptée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1998, est bien engagé grâce aux efforts de tous.

Au cours du présent Comité régional, outre la mise à jour des domaines d'action prioritaires, l'adoption du Programme général de Travail et la recherche des ressources pour l'Organisation, vous aurez également à élire le prochain Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Mal négocié, ce moment peut être très délicat. Bien négocié, ce moment peut être un trait d'union salutaire pour l'Organisation, loin des divisions qui caractérisent bien souvent ce genre d'entreprise. Le Président Denis Sassou Nguesso sait compter sur votre sens du devoir, pour privilégier l'intérêt collectif et donner à l'Organisation un candidat du consensus, à même d'assumer demain avec efficacité les destinées de l'Organisation.

En tout cas, tout échec incomberait au Dr Ebrahim Malick Samba, qui a refusé de succéder à lui-même, et ce, à notre grand regret. En effet, tout au long de son mandat, le Dr Ebrahim Malick Samba a donné l'image d'un cadre compétent. Il a donné l'image d'un homme de devoir qui a brillé par un leadership efficace. Je voudrais au nom du Président Denis Sassou Nguesso lui rendre, une fois de plus, hommage. Que le Dr Ebrahim Malick Samba, qui arrive ainsi au terme de son mandat, trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour les précieux services rendus à l'Organisation.

Tout en souhaitant plein succès à vos travaux, au nom du Président Denis Sassou Nguesso, je déclare ouverte la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU DR JONG-WOOK LEE,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Distingués Représentants,
Chers Collègues,

Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui en votre compagnie pour cette session du Comité régional de l'Afrique. Une partie des activités sanitaires les plus importantes dans le monde est assurée par les gens de cette Région et des décisions essentielles à l'appui de ces activités seront prises ici cette semaine.

J'ai la certitude que vous pensez tous en particulier à la décision qui désignera le successeur du Dr Samba. Ce choix est une grande responsabilité et je ne doute pas que vous le ferez avec toute la sagesse et le discernement qu'il requiert. Le nouveau Directeur régional reprendra une tâche difficile à un moment critique de la vie de cette Région et aura besoin de notre soutien sans réserve.

Cette session du Comité régional est la dernière à laquelle le Dr Samba assiste en tant que Directeur régional et il sera amèrement regretté. J'aimerais profiter de cette occasion pour le féliciter et le remercier de son rôle de chef de file énergique, de son dynamisme et des résultats importants qu'il a obtenus dans la lutte contre l'onchocercose et dans bien d'autres domaines. Dr Samba, vous serez un exemple très difficile à suivre. Veuillez accepter nos remerciements les plus chaleureux pour le passé et nos meilleurs vœux pour l'avenir.

Principes directeurs

La sécurité, l'équité et l'unité sont les principes directeurs de nos activités sanitaires dans la Région africaine et à l'échelon mondial. La sécurité sanitaire vise à protéger de la pauvreté, des déplacements de population, de la maladie, de l'invalidité et de la mort prématurée. Renforcer et maintenir cette sécurité veut dire répondre aux besoins urgents et aux dangers auxquels nous sommes à présent confrontés. Avec des conflits et des épidémies dans des régions aussi nombreuses du continent, cela revêt une priorité particulièrement élevée pour l'Afrique. Dès le tout début, l'équité a été un principe fondamental de l'OMS comme notre Constitution le stipule. Il est impératif de le réaffirmer à présent avec énergie, lorsque les effets sanitaires des disparités entre les communautés, les nations et les continents deviennent de plus en plus évidents. L'unité est indispensable pour mener une action efficace et elle nous impose de coopérer plus étroitement que jamais auparavant avec nos partenaires. La nouvelle Union africaine réaffirme les espoirs et l'importance qu'implique la lutte pour atteindre cet objectif. Dans les mois à venir, nous devons œuvrer à la promotion de la synergie avec elle, le NEPAD et les initiatives émanant des communautés économiques régionales.

Un réalisme absolu est également nécessaire pour mettre nos principes en pratique. Nous devons nous assurer que nous avons les moyens nécessaires pour faire notre travail. Je commencerai donc par la question des ressources.

Budget proposé

Au cours de cette session, vous examinerez le Budget Programme proposé pour 2006–2007. J'aimerais attirer votre attention sur certains aspects importants de ce budget. Premièrement, celui-ci est fondé sur notre expérience de la budgétisation basée sur les résultats. Deuxièmement, il tient compte des priorités exprimées par les États Membres dans le cadre des dernières résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et a été préparé sur la base de consultations entre le Siège, les Bureaux régionaux et les bureaux de pays. Troisièmement, il renforce et accélère le processus de décentralisation que j'avais engagé l'année dernière. Vous noterez qu'il propose une augmentation globale de 12,8 % qui sera allouée en totalité aux pays et aux Régions.

Compte tenu de ses besoins particuliers, la Région africaine bénéficie de l'augmentation la plus forte en valeur absolue, soit US \$143 millions. Cette augmentation est assortie de mesures destinées à garantir un maximum d'efficacité dans l'utilisation des ressources. Ces mesures visent à déléguer des responsabilités tout en conservant les normes de transparence et d'obligation redditionnelle les plus élevées. Notre capacité de mobilisation de ressources supplémentaires n'augmentera que dans la mesure où nous continuerons de faire la preuve de notre aptitude à les utiliser de manière efficace et transparente dans la quête de la santé mondiale.

Les précédentes projections de croissance budgétaire ont été en adéquation grâce à la générosité de nos bailleurs de fonds, nous permettant d'atteindre les résultats auxquels nous étions attachés. Nous continuons de proposer une augmentation du financement par des contributions volontaires pour la prochaine période biennale. Mais, les activités essentielles ne peuvent dépendre exclusivement de la générosité. Je propose, par conséquent, une augmentation de 9 % des contributions des États Membres.

Cette augmentation met fin à la pratique de la croissance nominale zéro des budgets des institutions de l'ONU, adoptée il y a quelques années et qui peu à peu a rendu l'OMS essentiellement tributaire des contributions volontaires. À présent, le budget ordinaire consistant en ces contributions ne représente que 30 % des dépenses totales de l'OMS. Si la tendance actuelle devait se poursuivre, il ne représenterait que 17 % d'ici 2015.

Un budget ordinaire important est nécessaire pour formuler et mener une politique mondiale bien équilibrée. C'est pourquoi les Nations Unies et leurs institutions spécialisées ont été conçues comme des organisations multilatérales ayant un système équitable de contributions et de prise de décisions.

Programme de travail

La question du budget devient pressante dans le contexte de notre Programme général de Travail pour 2006 à 2015, qui fixe nos objectifs à plus long terme. Ces deux questions – le Budget Programme et le Programme général de Travail – figureront à l'ordre du jour du Conseil exécutif lors de sa prochaine réunion en janvier.

Votre participation par le biais de cette session du Comité régional sera une contribution essentielle à ces discussions. Ne vous gênez pas pour dire exactement ce que vous pensez, afin que le budget soit pleinement représentatif de vos vues et de vos besoins.

Règlement sanitaire international

S'agissant de la sécurité sanitaire, les flambées importantes de maladies continuent d'être une menace aussi bien dans la Région qu'à l'échelon mondial. La révision du Règlement sanitaire international a bénéficié d'une forte participation de la part des États Membres grâce aux consultations régionales.

La prochaine étape consistera à convenir d'amendements au sein du Groupe de travail intergouvernemental à participation non limitée qui se réunira du 1er au 12 novembre au Palais des Nations à Genève.

La version préliminaire de travail sera disponible le mois prochain. Si les choses progressent au rythme actuel, le Règlement révisé pourra être adopté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005. La participation la plus totale possible des États Membres aux discussions du groupe de travail sera notre meilleure garantie de succès.

Le défi à plus long terme sera de veiller au respect du Règlement révisé. Cela exigera un soutien énergique de la part des États Membres avec la nécessité d'investir dans des systèmes d'alerte et d'intervention précoces.

Centre d'information sanitaire stratégique

Les activités des pays seront appuyées par le Centre d'information sanitaire stratégique – le poste de commandement en matière de situation sanitaire qui vient d'être ouvert au Siège et qui est à présent tout à fait opérationnel. En utilisant la technologie la plus avancée, il nous permet de répondre rapidement aux signes les plus précoces d'épidémies et d'urgences médicales en faisant circuler l'information nécessaire et en prenant des mesures efficaces pour les contenir.

Les Bureaux régionaux et les bureaux de l'OMS dans les pays sont une composante vitale de ce système comme on l'a constaté à l'occasion de leur superbe riposte aux récentes urgences. Récemment, nous avons vécu des ripostes précoces et coordonnées aux flambées d'Ebola en Afrique centrale et à la fièvre de Lassa en Afrique de l'Ouest ainsi qu'à la grippe aviaire dans plusieurs pays d'Asie. Toutefois, nous en sommes toujours au stade initial de la création d'un

système mondial d'alerte et de riposte approprié. Il fait intervenir non seulement nos centres d'information aux échelons central et régional, mais également nos partenaires comme le Réseau mondial d'alerte et de riposte en cas d'épidémies et nos nombreux centres collaborateurs dans les domaines pertinents de compétence.

Sous peu, nous contacterons les États Membres pour leur donner davantage d'informations sur la façon dont leurs propres centres d'information pourront communiquer avec le centre d'information stratégique pour accéder à l'information fournie et la compléter.

Des millions de gens sur ce continent vivent dans des conditions extrêmement difficiles. C'est particulièrement vrai pour ceux qui affrontent l'horreur d'une crise humanitaire. Le mois dernier, je me suis rendu au Darfour, au Soudan, où j'ai eu un aperçu de l'immensité des défis auxquels sont confrontés les agents de santé dans la région, tout comme au Tchad. J'ai été impressionné par le travail de notre personnel national et international, qui s'efforce d'atténuer les souffrances humaines et d'assurer la survie des populations.

Dans bon nombre d'autres zones de conflit et de catastrophes de cette Région, les gens souffrent de façon inouïe, totalement ignorés des médias. Notre action immédiate dans ces cas consiste à sauver la vie des gens et à les aider à survivre. Mais l'OMS a pour responsabilité particulière de le faire de manière à mettre sur pied des services de santé essentiels dans le long terme.

VIH et SIDA

Les inégalités sont le principal facteur de danger et d'insécurité dans le monde d'aujourd'hui. L'impossibilité d'avoir accès au traitement du SIDA reste un exemple flagrant de facteur de danger et d'insécurité. Toutefois, des mesures sans précédent sont prises actuellement pour redresser cette injustice. À la Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Bangkok en juillet, les méthodes de prévention et de traitement ont fait l'objet de multiples débats mais l'accord était total sur la nécessité des deux types d'intervention. Nous savons que la prévention favorise le traitement et inversement, et que les deux interventions doivent être intégrées de façon exhaustive.

Toutes sources confondues, près de 20 milliards de dollars ont été promis pour la prévention et la prise en charge du SIDA sur les cinq prochaines années. Dans le même temps, le prix des médicaments continue à baisser puisque la trithérapie la moins chère coûte US \$140 par personne et par an. Aujourd'hui, le traitement de l'infection à VIH est financièrement à la portée d'un plus grand nombre de pays et d'un plus grand nombre de gens.

D'énormes difficultés logistiques et techniques subsistent mais semblent céder peu à peu grâce aux efforts sans relâche de nos multiples partenaires qui oeuvrent pour assurer le traitement de 3 millions de personnes d'ici 2005, dans les pays tout comme au plan international.

Douze pays ont maintenant fixé des cibles pour 2005 afin d'assurer un traitement à 50 % au moins des personnes qui en ont besoin : 10 d'entre eux appartiennent à la Région africaine. Il existe désormais des lignes directrices pour un traitement de qualité faisant appel à des régimes thérapeutiques normalisés et une surveillance clinique simplifiée. Nous avons d'autre part mis au point des systèmes de formation et de suivi pour garantir la qualité du traitement et pour associer plus étroitement les infirmiers et les agents communautaires aux soins et à l'accompagnement. Cinquante-six pays ont demandé à l'OMS de leur fournir une assistance technique pour développer le traitement, et nous les aidons activement. Nous espérons avoir au moins 20 administrateurs en poste pour l'Initiative «3 millions d'ici 2005» avant la fin de l'année, ce qui renforcera considérablement notre efficacité sur le terrain.

L'amélioration de la capacité des ressources humaines est pour nous l'un des principaux enjeux, non seulement pour aider à assurer le traitement de l'infection à VIH mais pour développer le secteur de la santé dans son ensemble. Cela veut dire qu'il faut retenir, former et déployer les agents de santé et aider un plus grand nombre de gens à lutter contre le VIH/SIDA, y compris les personnes vivant avec la maladie.

Le but que nous nous sommes fixé avec l'Initiative «3 millions d'ici 2005» a suscité lui aussi maints débats. Ce qui semblait trop ambitieux pour beaucoup il y a un an est devenu aujourd'hui l'engagement ferme de nombreux pays, de nombreuses organisations et de nombreux particuliers. Il ne s'agit pas de se demander aujourd'hui si l'on parviendra au but. La question est la même, qu'il s'agisse de la situation d'urgence que représente le traitement du SIDA ou d'autres situations d'urgence : faire tout ce qui est humainement possible pour sauver des vies et atténuer le danger dans les plus brefs délais.

L'initiative a contribué à appeler l'attention du monde entier sur les mesures à prendre face à cette urgence et elle a donné l'élan nécessaire au sein de notre Organisation. Les efforts ne doivent pas se relâcher car il faut atteindre la cible fixée pour le traitement et intensifier la prévention du VIH/SIDA bien au-delà de décembre 2005.

Je suis résolu à continuer de mobiliser toutes les ressources humaines et matérielles dont nous disposons pour vous aider dans ce domaine. Ce n'est pas seulement une cible de l'OMS; c'est une cible que se sont fixée de multiples organisations et de multiples personnes travaillant à tous les niveaux, local ou international. Toutes savent qu'il est impératif d'agir face à cette situation d'urgence.

Autres défis pour la santé

Pour ce qui est des autres campagnes, l'éradication de la poliomyélite est aujourd'hui en suspens. La réinfection de 12 pays d'Afrique d'où la maladie avait disparu atteste des extraordinaires progrès enregistrés mais aussi de leur fragilité. Les campagnes synchronisées dans 22 pays qui vont débuter durant la première semaine d'octobre doivent atteindre près de

74 millions d'enfants pour que la campagne d'éradication soit remise sur les rails. Ces efforts, qui protégeront les investissements massifs que vous avez consentis, ont l'appui du monde entier, lequel est à vos côtés.

L'éradication du ver de Guinée est proche, et la lèpre n'est plus endémique que dans six pays d'Afrique. Il ne faut pas baisser les bras tant que le travail n'est pas achevé.

Les efforts en vue d'atteindre les cibles d'Abuja pour la lutte contre le paludisme n'ont pas progressé au même rythme, mais tout est mis en œuvre pour que les choses changent dans un avenir proche. L'élargissement de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticides et l'adoption à grande échelle de polythérapies efficaces à base d'artésunate peuvent permettre de faire reculer durablement le paludisme – maladie qui continue de tuer chaque année un million de personnes sur le continent, surtout des enfants.

Notre activité porte principalement sur l'accès universel à des services de santé adéquats, mais cela ne représente qu'une partie de ce qu'il faut faire pour promouvoir la santé pour tous. Comme le montre le cas du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, c'est un énorme défi en soi. Mais la santé dépend aussi dans une grande mesure de facteurs sociaux tels que l'environnement, l'éducation et l'emploi.

Savoir comment ces facteurs influent sur la santé nous permet de cibler nos activités en vue d'avoir un effet maximal. Afin de recueillir et consolider les bases factuelles requises pour élaborer des politiques efficaces permettant de promouvoir l'équité, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé commencera ses travaux en décembre. Les contributions provenant de la Région et des pays seront indispensables pour cela, et je vous encourage tous à participer aux activités de la Commission.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, où il s'agit aussi de s'attaquer aux déterminants socio-économiques de la santé, va bientôt entrer en vigueur. Dans votre Région, le Kenya, Maurice et les Seychelles l'ont ratifiée. Je vous exhorte tous à suivre leur excellent exemple, afin que la convention puisse concrétiser son potentiel exceptionnel – sauver des vies humaines.

Les bases factuelles produites par la recherche ont joué un rôle essentiel dans la reconnaissance publique de ces problèmes et dans la recherche de solutions pour y remédier. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé, qui se tiendra à Mexico en novembre, tentera de faire la même chose pour d'autres facteurs étiologiques de la maladie, en particulier ceux qui empêchent d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Par ailleurs, la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé se tiendra à Bangkok en août 2005. Elle aura pour thème : Politique et partenariat pour l'action.

L'unité est essentielle pour parvenir à la sécurité et à l'équité dont le monde a tant besoin aujourd'hui.

Dans les mois à venir, la santé maternelle et infantile offrira des occasions d'y parvenir, particulièrement dans cette Région. L'Afrique est la seule région où le nombre de mères qui meurent en donnant la vie est en augmentation. Le risque de mortalité maternelle dans la Région africaine est maintenant estimé à 1 pour 16. En Amérique du Nord, il est estimé à 1 pour 3500, en Asie à 1 pour 100.

De nombreuses organisations importantes ont uni leurs forces pour changer les choses. Dans un premier temps, au début de cette année, elles ont préparé une feuille de route pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé maternelle et infantile. Le rapport sur la santé dans le monde et la Journée mondiale de la Santé pour 2005 s'appuieront sur l'impulsion ainsi donnée. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos collègues de l'UNICEF, du FNUAP, du Partenariat pour une maternité sans risque et d'autres organisations.

Cette focalisation est renforcée par nos stratégies de coopération spécifique avec les pays, qui visent principalement à renforcer les systèmes de santé. Le Bureau régional de l'Afrique trace la voie pour élaborer cette stratégie de coopération, à laquelle participent très activement presque tous les pays de la Région. Elle montre comment chaque programme et chaque niveau d'activité peuvent aider à atteindre les objectifs nationaux de développement sanitaire avec un seul budget et un seul plan de l'OMS dans le pays. Nous conférons ainsi une forte orientation à nos activités dans cette Région et au-delà. C'est exactement l'impulsion que nous voulons donner à mesure que nous adaptons nos programmes et nos budgets pour répondre aux demandes croissantes qui nous sont soumises.

Le Comité régional de l'Afrique a été en soi un puissant moyen de bâtir et de maintenir l'unité entre ses États Membres au fil des années. Les problèmes de santé ne respectent pas les frontières nationales, et les moyens de les résoudre doivent aussi transcender ces barrières. La solidarité est la clé de la lutte contre la maladie, surtout pour les maladies liées à la pauvreté.

Vous avez beaucoup de décisions importantes à prendre pendant cette réunion. La santé de beaucoup de gens dépend de l'issue de vos délibérations. En leur nom, je vous adresse tous mes vœux de succès.

Je vous remercie.

ANNEXE 10

ALLOCUTION DE MADAME ELISABETH TANKEU, COMMISSAIRE EN CHARGE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE, REPRÉSENTANTE DE LA COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE

Monsieur le Président de séance,
Dr Lee Jong-wook, Directeur général de l'OMS,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres,
Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Je me sens particulièrement honorée de prendre part à cette session régionale de l'OMS ici à Brazzaville, en République du Congo, en ma qualité de Commissaire de l'Union africaine.

Tout d'abord, permettez-moi de m'acquitter du devoir de vous transmettre le salut chaleureux du Professeur Alpha Omar Konaré, Président de la Commission de l'Union africaine. Il a bien voulu accompagner ce salut de ses vœux de plein succès pour ces travaux, afin que l'Afrique puisse progressivement se débarrasser des maux qui la minent et recouvre une santé physique et mentale qui lui garantisse une plus grande implication dans la dure bataille contre la pauvreté.

Je voudrais ensuite vous présenter les profondes excuses de ma collègue, Madame Bience Ganawas, à qui incombait le devoir de représenter la Commission de l'Union africaine à la présente session en sa qualité de Commissaire en charge des Affaires sociales. Il s'est trouvé que cette session régionale de l'OMS se tient à la veille du Sommet extraordinaire sur l'emploi et la réduction de la pauvreté qui aura lieu à Ouagadougou, au Burkina Faso, du 3 au 9 septembre 2004. L'exécution des obligations de sa charge l'ont privée du loisir d'assister aux assises de cette importante rencontre régionale.

Mesdames et Messieurs,

Avant d'en venir à la présentation des éléments de la stratégie sanitaire élaborés par la Commission de l'Union africaine dans le cadre de son plan quadriennal 2004–2007, il est important que je m'acquitte d'un autre devoir, non moins important, celui de transmettre les félicitations de la Commission de l'Union africaine au Dr Ebrahim Malick Samba.

Comme vous le savez tous, le Dr Ebrahim Malick Samba s'est profondément investi, avec compétence, dévouement et passion, pour qu'advienne le changement de statut des questions de santé. Grâce à lui, ces questions ont quitté la périphérie des préoccupations pour s'inscrire au cœur de l'approche globale du développement socio-économique de l'Afrique.

Pendant de longues années, le Dr Ebrahim Malick Samba n'a cessé d'encourager les États Membres à entreprendre des réformes en matière de politique sanitaire dans le cadre d'une approche intégrative et multidimensionnelle afin de garantir aux populations africaines un état de santé amélioré. Pour soutenir les efforts de réforme des pays membres, le Dr Ebrahim Malick Samba a pu obtenir l'accroissement des ressources mises à la disposition du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Dr Ebrahim Malick Samba, toute l'Afrique vous dit merci, un retentissant merci pour votre sens élevé du devoir pour l'ensemble des prestations dont elle a bénéficié de votre part. Je vous souhaite bon vent et je reste convaincue que vous continuerez à intensifier vos efforts en faveur de la promotion de la santé des populations africaines partout où vous serez.

Il va sans dire que l'héritage que vous laissez en termes de vision stratégique, d'expertise, de savoir-faire et de ressources managériales continuera de briller comme une lampe qui éclairera à jamais le chemin de l'Afrique vers un meilleur horizon sanitaire.

Mesdames et Messieurs,

Aucun doute ne subsiste sur la détermination de celui ou de celle qui prendra la relève du Dr Ebrahim Malick Samba à renforcer les acquis et à ajouter de nouvelles pierres à la construction de l'édifice sanitaire de l'Afrique, notamment au moyen de la mobilisation des ressources en vue d'une plus grande maîtrise des causes de morbidité et de mortalité.

Ce disant, je voudrais relever à l'attention de tous que le succès durable des réformes en matière de santé reste tributaire de nombreux facteurs tels la volonté politique, une planification efficiente et efficace ainsi que l'utilisation optimale des ressources disponibles, pour ne citer que ceux-là.

Mesdames et Messieurs,

L'OMS était la toute première institution des Nations Unies à conclure un accord de coopération avec la défunte OUA en 1969. Au cours des deux dernières décennies, l'OMS a été le plus solide soutien aux programmes de santé de l'OUA/UA, tant au niveau national que continental.

Dans la logique de cette tradition de partenariat, cette collaboration nécessite d'être consolidée, renforcée et approfondie dans le cadre de la Renaissance de l'Afrique au 21^{ème} siècle traduite dans la vision dont l'Union africaine vient de se doter et le Programme NEPAD.

Dans ce contexte, la Commission de l'Union africaine apprécie à sa juste valeur la disponibilité de l'OMS à prendre en compte les besoins de la Commission et des États Membres sous le regard vigilant de Monsieur A. N. Correia, Directeur de la Représentation de l'OMS auprès de l'Union africaine et de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.

Au détour de l'évocation de cette belle coopération OMS/Union africaine, je voudrais rappeler combien il est agréable de travailler avec Monsieur Correia, un homme d'action doublé d'une extraordinaire capacité d'écoute. Le principe de base qui a guidé sa démarche est que les États doivent davantage assumer la paternité des programmes nationaux de santé et l'OMS ne fournira alors qu'un soutien.

C'est Monsieur Correia qui, bien avant 1996, a proposé qu'un bureau des affaires sociales et de la santé soit ouvert dans chacune des Communautés économiques régionales dont les préoccupations, jusque-là, étaient exclusivement dominées par les questions d'ordre économique. La coopération fructueuse qui s'est établie entre l'OMS et l'Union africaine doit être inscrite à l'actif de Monsieur Correia, en raison des efforts qu'il a déployés à cet effet. Monsieur Correia, je vous prie d'accepter les félicitations de la Commission de l'Union africaine pour votre bilan largement positif.

Mesdames et Messieurs,

Vous le savez bien, la transition de l'OUA vers l'Union africaine se consolide, et à ce titre, l'architecture institutionnelle se met progressivement en place. C'est ainsi que, après la mise en place de la Commission par l'élection des Commissaires en juillet 2003 à Maputo, le Parlement panafricain a été lancé en mars 2004. Le Conseil de Paix et de Sécurité est devenu opérationnel depuis mai 2004; d'autres institutions telles que la Cour africaine de Justice et la Banque centrale africaine ne tarderont pas à voir le jour.

L'Assemblée des Chefs d'État a adopté au mois de juillet le plan stratégique de l'Union qui devra servir de boussole à tous les États, les peuples et toutes les institutions spécialisées qui oeuvrent pour son intégration. D'ores et déjà, ce plan stratégique est sous-tendu par le plan d'action quadriennal 2004–2007.

L'un des principaux programmes prioritaires de ce plan d'action est la promotion de l'accès de tous aux médicaments. Au rang de ces priorités se situent également la promotion du fonds de la pharmacopée traditionnelle, la maîtrise des causes de morbidité et de mortalité et le renforcement de l'implication des populations dans la gestion des problèmes de santé.

Ces objectifs seront poursuivis à travers les actions suivantes :

- le lancement d'une solide initiative relative aux médicaments génériques d'une part, et la mise en marche du programme de recherche-développement dans le secteur de la médecine traditionnelle d'autre part, le but étant de sensibiliser et de mobiliser tous les acteurs concernés dans l'optique de l'implantation en Afrique des unités de production de médicaments génériques;

- la mise en œuvre des dispositions de la Déclaration et du Plan d'Action d'Abuja 2000 sur le recul du paludisme, et les dispositions de la Déclaration et le Plan d'Action sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses, dispositions reconfirmées à Maputo en 2003;
- le développement d'un système de santé efficace comme préalable à une fourniture efficace des services de santé;
- l'élaboration d'une stratégie holistique de l'Union africaine sur le VIH/SIDA incluant la promotion des trois domaines tels que préconisés par l'ONUSIDA;
- le plaidoyer en faveur de la fabrication aux niveaux national et régional des moustiquaires imprégnées afin de les offrir à des prix abordables;
- l'appui à la mise en place de systèmes de surveillance des principales pathologies qui sévissent en Afrique.

Pour s'acquitter de toutes ces activités, la Commission de l'Union africaine cherche à renforcer ses relations de partenariat à tous les niveaux : international, régional et national. Ce partenariat doit impliquer également les communautés à la base à travers les organisations de la société civile et les ONG dont le rôle est irremplaçable pour la viabilité et l'appropriation des programmes de santé. En outre, les Ministres de la Santé, en collaboration avec l'OMS, auront un rôle de leadership à assumer, notamment par la formulation des besoins et par l'identification des voies et moyens en vue de satisfaire ces besoins.

En effet, le renforcement des différents partenariats durables dans le domaine de la santé, avec un accent sur la corrélation entre les données macroéconomiques et la problématique de la santé, sera d'une importance significative dans les efforts de réduction de la pauvreté sur le continent. Nous sommes tous invités à jouer chacun notre rôle afin que l'Afrique puisse, non seulement assurer sa survie, mais surtout prendre la place qui est la sienne dans ce monde marqué par une globalisation irréversible.

Dans le cadre des préparatifs de la prochaine session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine à Gaborone en septembre 2005, la Commission de l'Union africaine lance un pressant appel à tous les États Membres pour qu'ils intensifient leurs efforts en vue d'éradiquer la polio, combattent le VIH/SIDA, le paludisme et s'attaquent aux autres maladies qui font peser autant de menaces sur le développement de l'Afrique.

En vous remerciant pour votre bienveillante attention, je souhaite plein succès à vos travaux.

ANNEXE 11

ALLOCUTION DU DR SALEH MECKY, MINISTRE DE LA SANTÉ DE L'ÉRYTHRÉE, PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE-QUATRIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Monsieur le Directeur des Programmes,
Monsieur l'Invité d'honneur,
Monsieur le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Distingués Représentants de l'Union africaine,
Madame le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Présidente de la cinquante-troisième session du Comité régional et Ministre de la Santé de la République d'Afrique du Sud,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Distingués délégués,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord d'adresser mes remerciements les plus sincères à mes collègues, Ministres de la Santé de la Région africaine de l'OMS, pour la confiance qu'ils me témoignent en me chargeant de présider la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Je tiens aussi à féliciter le Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé de la République d'Afrique du Sud et Présidente de la cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, d'avoir dirigé avec autant de talent les travaux de cette cinquante-troisième session.

Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir et un honneur de vous souhaiter la bienvenue à Brazzaville, capitale de la République du Congo et Siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, qui accueille aujourd'hui la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Comme nous le savons tous, cette session a une signification particulière puisqu'elle marquera l'élection d'un nouveau Directeur régional auquel seront confiées les responsabilités et les obligations liées à la conduite des travaux de notre Organisation au cours des cinq années à venir.

Le fait est que la communauté internationale en général et notre Région en particulier se trouvent maintenant confrontées à des problèmes considérables. Y faire face alors qu'évoluent sans cesse les besoins de nos populations en matière de santé publique et qu'existent partout

d'évidentes contraintes budgétaires exige de nous tous des compétences et une clairvoyance extraordinaires. Ainsi qu'il est indiqué dans le rapport du Directeur régional, des progrès remarquables ont été faits au cours des dix dernières années. Toutefois, comme le montre notre expérience collective, des succès dans un domaine donné suscitent apparemment ailleurs des demandes nouvelles dans un contexte sanitaire en constante évolution.

Mesdames et Messieurs,

Il est important d'admettre que le poids de la mauvaise santé et de la maladie atteint des proportions alarmantes en dépit des efforts fournis par les États Membres, le Bureau régional et nos partenaires pour le développement sanitaire. Il est également important de souligner que l'instabilité politique, les guerres civiles et les situations d'urgence compliquent encore la situation dans notre Région. Le double fardeau que représentent les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles reste un problème majeur. De tous ces problèmes, le plus inquiétant – malgré les mesures qui ont récemment été prises pour y faire face – est la prévalence élevée du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme qui anéantissent nos populations, érodent nos économies et nous privent progressivement de nos moyens jusqu'à la limite du supportable. La prévalence et l'incidence des maladies non transmissibles et des facteurs de risque liés aux modes de vie, le manque d'accès à de l'eau saine et à des services d'assainissement adéquats, l'insécurité alimentaire et les nombreuses catastrophes naturelles ou dues à l'homme représentent autant de défis à relever pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Faute d'une action concertée aux niveaux régional et international, ces problèmes continueront d'influer négativement sur la santé de la population de tout le continent et se traduiront par des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantiles.

En bref, j'aimerais vous indiquer quels sont à mon avis les trois grands domaines dans lesquels notre Organisation pourrait jouer un rôle décisif et contribuer efficacement au combat que nous avons engagé pour relever ces défis au cours des années à venir :

Premièrement, il faudrait promouvoir la coordination des politiques, l'allocation de ressources et la coopération entre les États Membres en vue d'améliorer les services de santé publique dans toute la Région. De nombreuses raisons objectives nous ont empêchés d'agir ensemble pour atteindre des buts communs : rivalités politiques à l'intérieur des pays; multiples conflits intra-étatiques et le frein des inévitables particularités et caractéristiques nationales présentes dans la plupart des pays. L'élan né de la volonté d'aller vers le bien commun devrait être pourtant plus fort et même aider à résoudre certains de ces problèmes. C'est très précisément dans ce but qu'a été créé notre Bureau régional et nous pouvons tirer une juste fierté des succès qui ont été remportés dans ces domaines, par exemple la Déclaration d'Alma-Ata et le Programme d'éradication de la poliomyélite.

Il incombe à chaque État Membre de privilégier le bien commun tant dans la formulation que dans la mise en œuvre de ses politiques. Il incombe aussi au Bureau régional de tout faire pour nous inciter tous à coordonner nos politiques, mettre en commun nos expériences et nos ressources, et coopérer les uns avec les autres pour le bien de tous les peuples de la Région africaine.

Notre deuxième objectif devrait être d'axer notre attention et des efforts soutenus sur certains secteurs prioritaires, choisis d'un commun accord parmi les innombrables défis qui nous sont posés. De toute évidence, il appartiendra à chaque État Membre de jouer le rôle qui est le sien face à ces défis et nous permettre d'atteindre ainsi les buts que nous nous sommes fixés. Tenter de s'attaquer à la totalité ou à la plupart des problèmes de santé dans une période limitée dans le temps ne peut qu'être contre-productif et source de frustrations. Cela étant, l'initiative Faire reculer le paludisme, formulée au Siège de l'OMS et mise en œuvre dans notre Région, est l'un des quelques cas dans lesquels des efforts concertés face à une menace commune se traduisent par des succès mesurables. L'engagement pris par le Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'OMS, de promouvoir le traitement du VIH/SIDA (Initiative «3 millions d'ici 2005») et le soutien apporté à ceux qui souffrent de l'infection sont un autre excellent exemple d'action commandant aux États Membres de se mobiliser ensemble pour le bien de tous. Contrairement à ce que certains pourraient dire, il ne s'agit pas là d'efforts dont la portée limitée reviendrait à négliger d'autres problèmes majeurs de santé. En réalité, ces efforts bien ciblés nous permettent de nous concentrer sur un résultat mesurable, favorisent l'établissement de relations de travail entre les États Membres et génèrent les structures organisationnelles, l'expérience et les compétences dont nous aurons besoin pour nous attaquer également aux problèmes qui sont les nôtres dans nos pays respectifs.

Notre troisième objectif devrait être d'anticiper l'évolution des tendances dans le domaine de la santé publique. Le SRAS, le virus Ebola et le VIH/SIDA nous ont permis de constater à quel point des événements inattendus peuvent venir bouleverser nos activités et entamer notre capacité de réagir pour protéger nos concitoyens. La fréquence de ces événements montre que les ignorer aurait de très graves conséquences. Il serait donc prudent de créer dans la Région un mécanisme de préparation et de riposte aux situations d'urgence disposant des ressources nécessaires pour intervenir rapidement et efficacement.

Mesdames et Messieurs,

Jamais auparavant dans notre passé récent, les populations de la Région n'avaient été autant confrontées à la menace grandissante de maladies émergentes alors qu'elles luttent pour contenir d'anciens fléaux avec des ressources limitées. Il est également vrai que nos populations possèdent un sens humanitaire profond et un don pour l'action communautaire. Il incombe donc à ceux qui détiennent l'autorité de mobiliser ces capacités naturelles pour planifier et exécuter des programmes qui soient pertinents, réalistes et à la portée de nos moyens, nous évitant de trop dépendre des autres.

Ainsi, l'auto-responsabilité, l'interdépendance des programmes régionaux, des buts qui puissent être atteints et reflètent la réalité telle qu'elle est sur le terrain, une participation constructive de toutes les communautés et la mise en œuvre efficace de projets ayant fait l'objet d'engagements publics, tout cela nous conduira à des réalisations tangibles.

En conclusion, la Région africaine a beaucoup fait, au cours de la décennie écoulée, pour améliorer la situation sanitaire des peuples du continent. Nous devons cependant nous garder de céder à l'autosatisfaction car les succès que nous avons obtenus sont limités par rapport aux menaces qui pèsent sur la Région.

Mesdames et Messieurs,

J'aimerais profiter de cette occasion pour remercier le Dr Ebrahim Malick Samba pour sa contribution extraordinaire pendant la durée de son mandat au poste de Directeur régional. Ce dont le continent gardera le mieux la mémoire est certainement son attachement personnel à l'Initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Son enthousiasme, son ouverture d'esprit et ses excellentes qualités de dirigeant ne manqueront pas d'inspirer ceux qui lui succéderont. En votre nom, je lui souhaite plein succès pour l'avenir.

Je vous remercie de votre attention.

ANNEXE 12

PROJET D'ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des désignations
3. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2004 : Rapport annuel du Directeur régional
 - 6.1 Exécution du Budget Programme 2004–2005
 - 6.2 Rapports d'activité sur des résolutions spécifiques
 - a) Élimination de la lèpre dans la Région africaine
 - b) Programme régional de lutte contre la tuberculose
 - c) Stratégie régionale pour les secours d'urgence et l'action humanitaire
 - d) Surveillance épidémiologique intégrée des maladies : Stratégie régionale pour les maladies transmissibles
 - e) Stratégie régionale de vaccination pour la période 2003–2005
 - f) Santé et environnement : Stratégie de la Région africaine
 - g) Pauvreté et santé : Stratégie de la Région africaine
 - h) Développement des ressources humaines pour la santé : Accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale
 - i) Migration des personnels de santé qualifiés
 - j) Macroéconomie et santé : L'avenir dans la Région africain
 - k) Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives
 - l) Intensification des interventions liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine de l'OMS
 - m) Mise en oeuvre de l'Initiative «3 millions d'ici 2005 » dans la Région africaine
 - n) Mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme dans la Région africaine
 - o) Éradication de la poliomyélite
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif

- 7.2 Ordres du jour de la cent-dix-septième session du Conseil exécutif, de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-sixième session du Comité régional
- 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
8. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Cadre de mise en oeuvre du Budget Programme 2006–2007 dans la Région africaine
 - 8.2 Stratégies de coopération avec les pays : Enseignements tirés et suivi
 - 8.3 Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
 - 8.4 Production locale de médicaments essentiels, y compris des antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine
 - 8.5 Stratégie régionale de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine
 - 8.6 Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
 - 8.7 Convention internationale contre le clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : définition d'une position africaine
 - 8.8 Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac
9. Tables rondes
 - 9.1 Prévention du VIH/SIDA dans la Région africaine
 - 9.2 Inégalités en matière de santé : un sujet de préoccupation dans la Région africaine
10. Rapport des Tables rondes
11. Dates et lieux de la cinquante-sixième et de la cinquante-septième sessions du Comité régional
12. Décisions de procédure
13. Adoption du rapport du Comité régional
14. Clôture de la cinquante-cinquième session du Comité régional

ANNEXE 13

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC54/1	Ordre du jour
AFR/C54/1 Add.1 Rév.1	Programme de travail du Comité régional
AFR/RC54/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport biennal du Directeur régional pour 2002–2003
AFR/RC54/3	Projet de Budget Programme pour l'exercice 2006–2007
AFR/RC54/4	Onzième Programme général de Travail
AFR/RC54/6	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC54/7	Ordres du jour de la cent-quinzième session du conseil exécutif, de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante-cinquième session du Comité régional
AFR/RC54/8	Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC54/10	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC54/11 Rév.1	Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014
AFR/RC54/12 Rév.1	Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire
AFR/RC54/13 Rév.1	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC54/14 Rév.1	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà
AFR/RC54/15 Rév.1	Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse
AFR/RC54/16	Rapport de la Table ronde
AFR/RC54/17	Décisions de procédure
AFR/RC54/18	Dates et lieux des cinquante-cinquième et cinquante-sixième sessions du Comité régional
AFR/RC54/19	Rapport final du Comité régional
AFR/RC54/20	Liste des participants

Décision 1	Constitution du Sous-Comité des Désignations
Décision 2	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
Décision 3	Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
Décision 4	Vérification des Pouvoirs
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la cinquante-cinquième session du Comité régional
Décision 7	Ordre du jour de la cent-quinzième session du Conseil exécutif
Décision 8	Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif
Décision 9	Méthode de travail et durée de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 10	Choix des sujets des Tables rondes de 2005
Décision 11	Dates et lieux des cinquante-cinquième et cinquante-sixième sessions du Comité régional
Décision 12	Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)
Décision 13	Désignation de représentants de la Région africaine au Conseil d'Administration du partenariat pour Faire reculer le paludisme
AFR/RC54/R1	Désignation du Directeur régional
AFR/RC54/R2	Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014
AFR/RC54/R3	Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire
AFR/RC54/R4	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC54/R5	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà
AFR/RC54/R7	Projet de Budget Programme 2006–2007
AFR/RC54/R8	Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine
AFR/RC54/R9	Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique

AFR/RC54/R10	Hommage au Dr Ebrahim M. Samba
AFR/RC54/R11	Désignation des États Membres devant faire partie du Conseil exécutif
AFR/RC54/R12	Motion de remerciements
AFR/RC54/INF.DOC/1	Désignation du Directeur régional
AFR/RC54/INF.DOC/2	Élimination de la lèpre dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC54/INF.DOC/3	Élimination de la filariose lymphatique dans la Région africaine : Rapport de situation
AFR/RC54/INF.DOC/4	Consultation régionale sur la révision du Règlement sanitaire international
AFR/RC54/INF.DOC/5	Lutter contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine
AFR/RC54/INF.DOC/6	Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique
AFR/RC54/Conf.Doc/1	Allocution du Dr Alain Moka, Ministre de la Santé et de la Population de la République du Congo
AFR/RC54/Conf.Doc/2	Allocution du Dr Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministre de la Santé d'Afrique du Sud, Présidente de la cinquante-troisième session du Comité régional
AFR/RC54/Conf.Doc/3	Allocution de Monsieur Isidore Mvouba, Ministre d'Etat, Chargé de la Coordination de l'Action gouvernementale, Ministre des Transports et des Privatisations
AFR/RC54/Conf.Doc/4	Allocution du Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC54/Conf.Doc/5	Allocution de Madame Elisabeth Tankeu, Commissaire en charge du Commerce et de l'Industrie, Représentante de la Commission de l'Union africaine
AFR/RC54/Conf.Doc/6	Allocution du Dr Saleh Mecky, Ministre de la Santé de l'Érythrée, Président de la cinquante-quatrième session du Comité régional
AFR/RC54/INF/01	Bulletin d'information sur la République du Congo