

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

*Kigali, République du Rwanda
31 août – 4 septembre 2009*

Rapport final

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

*Kigali, République du Rwanda
31 août – 4 septembre 2009*

Rapport final

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l’Afrique
Brazzaville • 2009

AFR/RC59/19

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
(2009)

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 droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en République du Congo

SOMMAIRE

Page

PARTIE I

ABRÉVIATIONS xi

DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE 1-26

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations1

Décision 2 : Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs1

Décision 3 : Constitution du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs2

Décision 4 : Vérification des pouvoirs2

Décision 5 : Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme3

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la soixantième session du
Comité régional3

Décision 7 : Ordre du jour provisoire de la cent-vingt-sixième session
du Conseil Exécutif3

Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire
partie du Conseil exécutif3

Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante-Troisième Assemblée
mondiale de la Santé4

Décision 10 : Date et lieu des soixantième et soixante et unième sessions
du Comité régional5

Décision 11 : Désignation des Représentants de la Région africaine au
Programme spécial de Recherche, de Développement
et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP).
Membre de catégorie 2 du Comité d’Orientation et de Coordination5

Décision 12 : Programme spécial de recherche et de formation concernant les
maladies tropicales – membre du Conseil conjoint de coordination6

.

RÉSOLUTIONS

AFR/RC59/R1 : Désignation du Directeur régional	7
AFR/RC59/R2 : Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives	7
AFR/RC59/R3 : Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine	9
AFR/RC59/R4 : Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique	13
AFR/RC59/R5 : Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle	15
AFR/RC59/R6 : Migration des personnels de santé : code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé	18
AFR/RC59/R7 : Appel pour une action intensifiée pour la prévention du VIH et la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région africaine	21
AFR/RC59/R8 : Motion de remerciements	25

PARTIE II

Paragraphes

OUVERTURE DE LA SESSION	1-24
ORGANISATION DES TRAVAUX	25-36
Constitution du Sous-Comité des Désignations	25
Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	26
Adoption de l'ordre du jour	27
Adoption de l'horaire de travail	28
Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	29
Rapport du Sous-Comité de vérification des Pouvoirs	30-31
Désignation du Directeur régional	32-36

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2008 : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC59/2)	37-60
INVITÉS SPÉCIAUX	61-69
PRÉSENTATION ET EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC58/15)	70
Vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/3)	71-81
Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/4)	82-92
Cadre pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/5)	93-103
Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/6)	104-112
Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/7)	113-122
Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/8)	123-133
Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/9)	134-146
S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/10)	147-155
Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/11)	156-163
Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/12)	164-177

Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020 (document AFR/RC59/14)	178-188
Termes de référence des réunions des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la santé et au conseil exécutif (document AFR/RC59/13)	189-196
DOCUMENT D'INFORMATION	197-200
RECRUTEMENT INTERNATIONAL DES PERSONNELS DE SANTÉ : PROJET DE CODE DE PRATIQUE MONDIAL (document AFR/RC59/16)	201-207
CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (document AFR/RC59/17)	208-212
DATES ET LIEUX DES SOIXANTIÈME ET SOIXANTE ET UNIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC59/18)	213-214
ADOPTION DU RAPPORT DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC59/19)	215
CLÔTURE DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL	216-229
Motion de remerciements	216
Mot de clôture du Directeur régional	217-225
Mot de clôture du Président et clôture de la réunion	226-229

PARTIE III

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	87
2. Ordre du jour de la cinquante-neuvième session du Comité régional	113
3. Programme de travail	116
4. Rapport du Sous-Comité du programme (y compris les appendices)	126
5. Rapport de la Table ronde sur le partage des meilleures pratiques dans le renforcement des systèmes de santé locaux ou de district	163
6. Discours du Directeur régional, Dr Luis Gomes Sambo à la séance d'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	168
7. Allocution prononcée par Son excellence Festus Mogae, ancien Président de la République du Botswana et Président de l'initiative Champions pour une génération sans VIH	175
8. Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS	181
9. Discours de Son Excellence André Mama Fouda, Ministre de la Santé publique du Cameroun, Président de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS de l'Afrique	185
10. Discours de Son Excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda	189
11. Allocution de M. Michel Sidibe, Sous-secrétaire général des Nations Unies et Directeur exécutif de l'ONUSIDA	194
12. Allocution de M. Elhadj As Sy, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe	201
13. Allocution prononcée par le Dr Grace Kalimugogo, au nom de Son Excellence M ^e Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine	204
14. Ordre du jour provisoire de la soixantième session du Comité régional	209
15. Liste des documents	211

ABRÉVIATIONS

ACT	Association thérapeutique à base d'artémisinine
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
CEDSC	Centre d'excellence pour la surveillance et la lutte contre la maladie
DDT	Dichloro-diphényl trichloréthane
EB	Conseil exécutif
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GSPOA	Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle
HRP	Recherche, Développement et Formation à la Recherche en Reproduction humaine
IHP+	Partenariat international pour la Santé et initiatives apparentées
MGF	Mutilations génitales féminines
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MTN	maladie tropicale négligée
OCR	Riposte aux flambées épidémiologiques et aux crises
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCA	Accord de partenariat et de coopération
PCC	Comité d'orientation et de coordination
PID	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent
PITC	Dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de services
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PPE	Matériel de protection individuelle
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SSP	Soins de santé primaires

STEP	Approche par étapes de la surveillance des facteurs de risque
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose à bacilles multirésistants
TB-UR	Tuberculose à bacilles ultrarésistants
TPIg	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PARTIE I

**DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET
RÉSOLUTIONS**

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Comité régional a désigné un Sous-Comité des Désignations composé des représentants des 12 États Membres suivants : Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar et Nigeria.

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le 31 août 2009. Les délégués des États Membres ci-après étaient présents : Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar et Nigeria.

Le Sous-Comité des Désignations a élu Président le Dr Allah Kouadio Rémi, Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire.

Première séance, 31 août 2009

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

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations, et conformément aux articles 10 et 15 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 :

<i>Président</i>	Dr Richard Sezibera Ministre de la Santé Rwanda
<i>1^{er} Vice-Président</i>	Professeur Issifou Takpara Ministre de la Santé publique Bénin
<i>2^{ème} Vice-Président</i>	M. Francisco Pascual Eyegue Obama Asue Ministre de la Santé Guinée équatoriale
<i>Rapporteurs</i>	M. Richard Ntchabi Kamwi (pour l'anglais), Ministre de la Santé et des Services sociaux Namibie

M. Seydou Bouda (pour le français),
Ministre de la Santé
Burkina Faso

Dr Arlindo Carvalho (pour le portugais),
Ministre de la Santé
Sao Tomé et Principe

Deuxième séance, 31 août 2009

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 : Afrique du Sud, Éthiopie, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Malawi, Mauritanie, Mozambique Namibie, Ouganda et Tanzanie.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 31 août 2009 et a élu Président l'Honorable Beth Wambui Mugo, Ministre de la Santé publique et de l'Assainissement du Kenya.

Deuxième séance, 31 août 2009

Décision 4 : Vérification des pouvoirs

Agissant sur proposition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, le Comité régional 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, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Léone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe, et les a jugés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.

Troisième séance, 31 août 2009

Décision 5 : Remplacement des 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-neuvième session du Comité régional : Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République centrafricaine et Tchad.

Ils seront remplacés par les pays suivants : Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo. Ces pays rejoindront ainsi la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Lesotho, Madagascar et le Malawi dont le mandat expire en 2010.

Huitième séance, 2 septembre 2009

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la soixantième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé le projet d'ordre du jour provisoire de sa soixantième session (voir l'Annexe 14)

Onzième séance, 3 septembre 2009

Décision 7 : Ordre du jour provisoire de la cent-vingt-sixième session du Conseil exécutif

Le Comité régional a pris note de l'ordre du jour provisoire de la cent-vingt-sixième session du Conseil exécutif (voir l'Annexe 1 du document AFR/RC59/17).

Onzième séance, 3 septembre 2009

Décision 8 : Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif

- 1) Conformément à la décision 8 (3) de la cinquante-huitième session du Comité régional, le Burundi a désigné un représentant pour siéger au Conseil exécutif à compter de la cent-vingt-cinquième session du Conseil exécutif en mai 2009.
- 2) Le mandat du Malawi (Sous-région III) et de Sao Tomé et Príncipe (Sous-région II) expirera à la clôture de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Conformément à la procédure énoncée dans la décision 8 de la cinquante-quatrième session du Comité régional, ces pays seront remplacés par le Mozambique et les Seychelles, de la Sous-région III.

- 3) Le Mozambique et les Seychelles assisteront à la cent-vingt-septième session du Conseil exécutif après la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 et devront confirmer leur disponibilité au moins six (6) semaines avant la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.
- 4) 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.

Onzième séance, 3 septembre 2009

Décision 9 : Méthode de travail et durée de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Vice-Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique sera nommé Vice-Président de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2010.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera avant la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, la question des délégués des États Membres de la Région africaine qui pourraient assumer les fonctions de :
 - Président ou Vice-président de la Commission principale **A** ou **B**, en tant que de besoin; et
 - Rapporteurs des Commissions principales.
- 3) Sur la base de l'ordre alphabétique anglais et du groupement géographique sous-régional, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger au Bureau : Burkina Faso, Cap-Vert, République démocratique du Congo, Tanzanie et Tchad.
- 4) Sur cette même base, les États Membres ci-après ont été désignés pour siéger à la Commission de Vérification des Pouvoirs : Angola, Érythrée et Zambie.

Réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à Genève

- 5) Le Directeur régional convoquera également une réunion des délégations des États Membres de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé le samedi 15 mai 2010 à 9h30 au Siège de l'OMS, à Genève, pour s'entretenir des décisions prises par le Comité régional à sa cinquante-neuvième session et examiner les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé présentant un intérêt particulier pour la Région africaine.
- 6) Durant l'Assemblée mondiale de la Santé, des réunions de coordination rassemblant les délégués africains auront lieu chaque matin de 8h00 à 9h00 au Palais des Nations, à Genève.

Onzième séance, 3 septembre 2009

Décision 10 : Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional

Conformément au Règlement intérieur, le Comité régional a décidé, à sa cinquante-huitième session, de tenir sa soixantième session à Malabo (Guinée équatoriale) du 30 août au 3 septembre 2010. La cinquante-neuvième session a confirmé cette décision.

Le Comité régional, à sa cinquante-neuvième session, a également décidé :

- i) de tenir sa soixante et unième session en Angola ou en Côte d'Ivoire;
- ii) de décider à sa soixantième session du lieu où se tiendront la soixante et unième et la soixante-deuxième sessions du Comité régional.

Douzième séance, 3 septembre 2009

Décision 11 : Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP). Membre de catégorie 2 du Comité d'Orientation et de Coordination (PCC)

Le mandat de l'Érythrée au sein du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine – membre de catégorie 2 du Comité d'Orientation et de Coordination, expire le 31 décembre

2009. Ce pays sera remplacé par la Guinée-Bissau pour une période de trois ans, à compter du 1^{er} janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2012. La Guinée-Bissau se joindra ainsi à l'Éthiopie, au Ghana et à la Guinée qui siègent au Comité d'orientation et de Coordination.

Treizième séance, 4 septembre 2009

Décision 12 : Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales – membre du Conseil conjoint de coordination

Le mandat du Tchad expirera le 31 décembre 2009. Suivant l'ordre alphabétique anglais, le Tchad sera remplacé par la République du Congo pour un mandat de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2010.

Treizième séance, 4 septembre 2009

RÉSOLUTIONS

AFR/RC59/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;
2. PRIE le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du **Dr Luis Gomes Sambo** à compter du 1^{er} février 2010.

Troisième séance, 31 août 2009

AFR/RC59/R2 : Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives»;

Conscient que des services de laboratoire efficaces sont indispensables pour la confirmation du diagnostic, le suivi des résultats du traitement et l'orientation de la prise de décisions pour le passage au traitement à l'aide de médicaments de deuxième intention;

Ayant à l'esprit que l'association thérapeutique, en tant que mécanisme permettant de prolonger la durée de vie thérapeutique utile des médicaments contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, est recommandée comme l'une des approches pour prévenir l'apparition de la pharmacorésistance;

Conscient de l'augmentation des ressources pour la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, mais notant que ces ressources n'ont pas été utilisées directement pour le suivi de la pharmacorésistance;

Préoccupé par le fait que les nombreux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, par exemple l'accès aux services de santé, la gestion des achats et des approvisionnements, l'infrastructure des laboratoires, les ressources humaines et la logistique, pourraient contribuer à l'apparition généralisée de la pharmacorésistance concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme;

Rappelant la résolution AFR/RC53/R6 sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine;

Encouragé par les mesures déjà prises pour renforcer les capacités pour le suivi de la pharmacorésistance ainsi que pour élaborer et mettre en œuvre de nouvelles lignes directrices en matière de traitement,

1. APPROUVE le document intitulé «Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives»;
2. INVITE les partenaires à accroître l'appui tant financier que technique accordé aux pays pour faciliter la mise en œuvre des efforts de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme;
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des stratégies pour améliorer l'accès à un diagnostic correct et à un traitement efficace précoce ;
 - b) à renforcer les réseaux nationaux et infra-nationaux de laboratoires de santé, y compris les capacités humaines;
 - c) à renforcer la gestion des approvisionnements et de la distribution des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme;
 - d) à mettre en place des systèmes de suivi de la pharmacorésistance et de l'efficacité des médicaments;
 - e) à mettre en œuvre des mesures administratives, environnementales et de protection individuelle et des mesures intégrées de contrôle de l'infection, particulièrement de lutte contre la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants;

- f) à mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre de ces mesures, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.

4. PRIÉ le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action pour la prévention et le contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'établir des réseaux sous-régionaux pour le suivi de la pharmacorésistance, dans le cadre des systèmes de surveillance de la maladie;
- b) de mener le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources et de l'appui international à long terme pour la mise en œuvre d'interventions de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme;
- c) de suivre et faire rapport à la soixante et unième session du Comité régional et par la suite tous les deux ans sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et paludisme.

Neuvième séance, 2 septembre 2009

AFR/RC59/R3 : Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine»;

Rappelant la résolution du Comité régional AFR/RC50/R6 : Faire reculer le paludisme : Cadre de mise en œuvre; les engagements des sommets de l'OUA et de l'UA tenus à Abuja en 2000 et 2006 sur le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ; la résolution AFR/RC53/R6 sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine ; les résolutions WHA58.2 et WHA60.18 sur la lutte antipaludique et la commémoration de la Journée mondiale du Paludisme ; et l'Initiative du Secrétaire général des Nations Unies sur le paludisme, qui a été lancée en 2008 pour promouvoir l'accès universel aux interventions essentielles de prévention et de lutte contre le paludisme;

Conscient de la persistance du lourd fardeau du paludisme dans la Région africaine et de ses conséquences dévastatrices sur la santé et le développement socio-économique;

Reconnaissant que le manque de politiques reposant sur des bases factuelles et de stratégies globales, les retards dans la mise en œuvre, la faiblesse des systèmes de santé et l'insuffisance des capacités en termes de ressources humaines sont préjudiciables à la performance du programme;

Ayant présent à l'esprit le fait que l'harmonisation des activités des partenaires en matière de mobilisation et d'utilisation efficace des ressources est cruciale pour la performance dans la lutte contre le paludisme aux niveaux national et régional;

Conscient que l'intensification des interventions d'un bon rapport coût/efficacité [(moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD), pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (PID), traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), et associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT)], en vue d'une couverture universelle a pour effet de réduire considérablement le fardeau du paludisme et que la lutte antipaludique recourt actuellement à un nombre réduit d'outils;

Confirmant l'utilité et l'efficacité des PID à base de DDT en tant que principale intervention pour la lutte contre le paludisme dans le cadre des dispositions de la Convention de Stockholm;

Reconnaissant l'appui inestimable reçu des partenaires de la coopération multilatérale et bilatérale, des fondations, des champions de la lutte antipaludique et des organisations à base communautaire;

Analysant les nouvelles possibilités offertes au niveau international en matière de lutte et d'élimination du paludisme [Nations Unies, UA, Forum économique mondial, GFATM, Dispositif pour des médicaments accessibles – paludisme (DMAp), programme Booster de la Banque mondiale, Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI), Fondation Bill et Melinda Gates];

1. APPROUVE le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine»;

2. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) d'intégrer la lutte antipaludique dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et dans les plans nationaux de santé et de développement, conformément aux engagements de l'ONU, de l'UA et des Communautés économiques régionales (CER), et de mobiliser les ressources locales pour une mise en œuvre durable et l'évaluation des effets de l'accélération de la lutte contre le paludisme;
- b) d'appuyer le renforcement des systèmes de santé, y compris le renforcement des capacités en termes de ressources humaines, par le biais de la formation initiale et en cours d'emploi, afin d'intensifier les interventions essentielles de prévention et de lutte;
- c) d'appuyer les initiatives de recherche-développement en cours pour de nouveaux médicaments, insecticides, outils de diagnostic et autres technologies de lutte et d'élimination du paludisme, et d'investir dans la recherche opérationnelle pour guider l'élaboration de politiques et la prise de décisions, afin d'intensifier la mise en œuvre du programme et d'en accroître l'efficacité en matière d'impact;
- d) de renforcer les capacités institutionnelles des programmes nationaux de lutte contre le paludisme aux niveaux central et décentralisé pour une meilleure coordination de toutes les parties prenantes et de tous les partenaires, afin de garantir la performance, la transparence et la responsabilité du programme, conformément aux «Trois principes»;
- e) de diriger les revues conjointes du programme, d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels globaux axés sur les besoins et pleinement budgétisés, assortis de composantes solides de surveillance, de suivi et d'évaluation;
- f) de renforcer les systèmes d'information sanitaire et la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, et de mener des enquêtes pertinentes pour générer des données fiables, faciliter la traduction des connaissances en mise en œuvre réussie, et éclairer les transitions programmatiques;
- g) d'investir dans la promotion de la santé, l'éducation et la participation communautaires, l'assainissement, et de renforcer les capacités en termes de ressources humaines, en mettant l'accent sur les agents de santé du niveau intermédiaire et communautaire pour une couverture universelle des interventions essentielles à l'aide d'approches intégrées;

- h) d'assurer une quantification et une prévision rigoureuses en matière d'achat, d'approvisionnement et d'utilisation rationnelle de médicaments et de produits abordables, sûrs et de qualité pour le diagnostic et le traitement opportuns et fiables du paludisme aux niveaux des établissements de santé et de la communauté;
- i) De mettre en place des initiatives transfrontalières d'accélération de la lutte contre le paludisme, fondées sur des interventions efficaces ayant fait leurs preuves et prenant en compte les mécanismes sous-régionaux existants;

3. DEMANDE aux partenaires qui appuient les efforts de lutte contre le paludisme dans la Région d'augmenter le financement de la lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles de l'ONU concernant la couverture universelle et la réduction à un niveau minimal des décès imputables au paludisme, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et auxquels contribue la lutte antipaludique.

4. PRIE le Directeur régional :

- a) de faciliter le plaidoyer de haut niveau, la coordination de l'action des partenaires, en collaboration avec l'ONU, l'initiative Faire reculer le paludisme et d'autres institutions partenaires, l'UA et les Communautés économiques régionales, pour une mobilisation adéquate des ressources et une coopération technique efficace;
- b) d'appuyer la mise au point de nouveaux outils, médicaments, technologies appliquées et produits, et d'aider à revitaliser les réseaux de surveillance de l'efficacité des médicaments et des insecticides;
- c) de faire rapport au Comité régional à sa soixante et unième session, et par la suite tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'accélération de la lutte antipaludique dans la Région africaine.

Neuvième séance, 2 septembre 2009

AFR/RC59/R4 : Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et réglementation alimentaire et pharmaceutique

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le document technique sur les orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique;

Conscient de l'ampleur du fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles et de leurs conséquences sociales et économiques néfastes dans la Région africaine;

Vivement préoccupé par l'état de la surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région africaine;

Notant que les capacités de bon nombre d'États Membres sont limitées pour une surveillance et une riposte efficaces et complètes face à la maladie, ainsi que pour des recherches en laboratoire et la réglementation alimentaire et pharmaceutique;

Rappelant les résolutions AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie ; AFR/RC58/R2 sur le renforcement des laboratoires de santé publique ; WHA 58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international, et WHA 61.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005);

Conscient de la Déclaration d'Alger et de l'Appel à l'action de Bamako qui préconisent la création de centres d'excellence pour la recherche;

Se félicitant de l'engagement et des efforts des États Membres et des partenaires jusqu'à présent pour la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie, de leurs stratégies de riposte à la maladie, et de la recherche de meilleures mesures de surveillance, de contrôle, d'élimination ou d'éradication et de riposte;

Convaincu que la création d'un réseau de centres de référence pour la surveillance de la maladie, les recherches en laboratoire et la réglementation alimentaire et pharmaceutique contribuera en fin de compte à la réduction de la charge de la maladie, à la réalisation des OMD liés à la santé et à l'amélioration de la qualité de vie des communautés dans la Région;

1. APPROUVE les mesures proposées visant à renforcer la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique, par la création de centres d'excellence par les États Membres;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à entreprendre une évaluation des infrastructures et des capacités humaines existantes comme première étape pour déterminer si un pays donné est prêt ou non à créer un centre d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique;
- b) à élaborer, s'ils disposent des ressources requises, un cadre d'orientation national sur les centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique, qui servirait de guide pour la création de ces centres;
- c) à sensibiliser d'autres départements et ministères au niveau national à la nécessité de créer un centre d'excellence intégré pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique;
- d) à renforcer, dans le cadre de la création de ces centres, les systèmes de suivi et d'évaluation qui permettront aux pays de fixer des cibles et d'élaborer des indicateurs quantifiables, afin de garantir la prestation de services de qualité liés aux centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, et la réglementation alimentaire et pharmaceutique;
- e) à garantir des sources de financement multiples pour les centres d'excellence en vue d'une performance durable;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux États Membres un appui technique pour les aider à élaborer des cadres, plans de mise en œuvre et outils de suivi et d'évaluation au plan national pour les centres d'excellence de surveillance de la maladie;
- b) de fournir un appui technique pour la création de réseaux régionaux de centres d'excellence qui serviront de centres de référence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique dans la Région africaine et deviendront, à terme, des centres collaborateurs de l'OMS;

- c) de plaider en faveur de ressources supplémentaires aux niveaux national et international pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique;
- d) de faire rapport à la soixante et unième session du Comité régional, puis tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique.

Onzième séance, 3 septembre 2009

AFR/RC59/R5 : Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le document technique sur le renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle;

Conscient de ce que les systèmes de santé nationaux sont surchargés et manquent de capacités humaines, financières et de préparation pour faire face à la pandémie actuelle;

Vivement préoccupé par la possibilité que la propagation internationale continue de la nouvelle grippe A (H1N1) émergente n'impose éventuellement aux États Membres un fardeau humanitaire, social et économique;

Préoccupé par les conséquences possibles de la pandémie de grippe actuelle pour les populations vulnérables de la Région africaine, qui souffrent déjà de multiples maladies et affections;

Prenant acte du niveau élevé d'engagement des États Membres en faveur de la prévention et de la lutte contre les maladies potentiellement épidémiques et pandémiques;

Notant le communiqué sur la nouvelle grippe A (H1N1), publié à la fin de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, tenue à Addis Abeba du 4 au 8 mai 2009;

Réaffirmant notre engagement en faveur de la mise en œuvre des résolutions AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie; AFR/RC56/R7 sur la préparation et la riposte contre la menace d'une pandémie de grippe aviaire; AFR/RC58/R2 sur le renforcement des laboratoires de santé publique; et WHA 61.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005);

1. FAIT SIEN le document technique (document AFR/RC59/12) et approuve les mesures proposées visant à renforcer la capacité des États Membres à se préparer et à riposter aux épidémies et aux pandémies;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :
 - a) de mettre en œuvre des stratégies de communication qui fournissent régulièrement des informations à jour à tous les niveaux de la communauté sur ce que l'on sait concernant les maladies potentiellement épidémiques et pandémiques circulantes, les mesures de soins à domicile et de protection appropriées que la population peut prendre pour réduire le risque d'infection;
 - b) de garantir le plus haut niveau d'appui gouvernemental possible à la riposte contre la menace de la grippe A(H1N1);
 - c) de réduire l'impact éventuel des maladies potentiellement épidémiques et pandémiques sur les populations, en veillant à la prestation ininterrompue de services de soins de santé et à la mise en œuvre des mesures de base de lutte anti-infectieuse pour protéger les personnels de santé et les patients;
 - d) de renforcer les capacités des services de santé afin de réduire la transmission des maladies dans les établissements de santé, en veillant à un approvisionnement régulier en eau et à l'assainissement, et en garantissant l'accès aux installations aménagées pour l'hygiène des mains, avec de l'eau et du savon à tous les niveaux;
 - e) de continuer à renforcer et à étendre la surveillance intégrée de la maladie à tous les niveaux, et notamment au niveau communautaire, et l'application

du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de la surveillance intégrée;

- f) de renforcer la capacité de diagnostic de la grippe, en fournissant des ressources matérielles et financières suffisantes pour appuyer les fonctions des laboratoires de santé publique;
- g) d'actualiser périodiquement les plans de préparation et de riposte des États Membres, et de veiller à ce qu'ils soient suffisamment financés;
- h) de veiller au versement régulier de la contribution financière au «Fonds africain pour les urgences de santé publique», conformément au mandat proposé par le Secrétariat de l'OMS;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux de prévention et de lutte contre les flambées;
- b) de plaider en faveur de ressources additionnelles aux niveaux national et international pour la mise en œuvre de mesures de prévention et de lutte contre les flambées dans les États Membres, compte tenu de la menace constante de flambées, et notamment de grippe;
- c) de faciliter la création d'un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique, en :
 - i) élaborant la justification et le mandat de ce fonds, notamment l'utilisation de systèmes de gestion financière de l'OMS;
 - ii) menant des consultations avec la commission de l'Union africaine sur la création de ce fonds et en plaidant auprès des Chefs d'État et de Gouvernement en faveur de la nécessité de contribuer à ce fonds;
 - iii) Proposant aux États Membres la contribution minimale à verser à ce fonds;

- iv) créant un comité consultatif rotatif chargé de conseiller le Directeur régional sur l'utilisation des ressources mobilisées pour ce fonds;
- d) de poursuivre la collaboration avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales en vue du renforcement de la surveillance de la maladie dans la Région africaine;
- e) de faire rapport à la soixantième session du Comité régional, et par la suite sur une base régulière, en fonction de l'évolution de la situation sur le terrain.

Cinquième séance, 1^{er} septembre 2009

**AFR/RC59/R6 : Migration des personnels de santé : code de pratique
pour le recrutement international des personnels de santé**

Le Comité régional,

Rappelant l'adoption, à sa quarante-huitième session, de la stratégie régionale pour le développement des ressources humaines pour la santé;

Rappelant également la résolution WHA57.19 adoptée en 2004 et la résolution WHA58.17 adoptée en 2005 dans lesquelles il était souligné que la migration des personnels de santé avait des répercussions négatives sur les systèmes de santé des pays en développement et le Directeur général était prié, entre autres, d'élaborer en consultation avec les États Membres un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé, et rappelant en outre la résolution WHA59.23 de 2006 sur l'accélération de la production de personnels de santé;

Notant que selon les estimations du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*¹, au moins 57 pays du monde connaissent une grave pénurie de personnels de santé et que 36 d'entre eux se trouvent dans la Région africaine;

Préoccupé par le niveau inacceptable des taux de mortalité parmi les mères, les enfants et les jeunes adultes dans la Région, et reconnaissant la charge supplémentaire qu'ont imposée le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles à des systèmes de santé déjà surchargés, ainsi que

¹ *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

l'ampleur du défi auquel font face les pays qui s'efforcent d'accélérer les progrès régionaux vers la réalisation des OMD;

S'inquiétant de ce que des personnels de santé qualifiés ayant reçu une très bonne formation en Afrique continuent à émigrer vers certains pays de la Région et au-delà, ce qui exacerbe les problèmes des systèmes de santé de district et nationaux déjà faibles;

Reconnaissant l'importance et le rôle essentiel des ressources humaines dans le renforcement des systèmes de santé et la réalisation des cibles convenues aux niveaux national et régional en matière de développement sanitaire;

Reconnaissant le rôle important de l'Union africaine dans la coordination d'une riposte politique à la crise des personnels de santé;

Conscient des travaux menés dans la Région par les Communautés économiques régionales, les organisations de la société civile et les partenaires internationaux concernant les ressources humaines pour la santé d'une façon générale, et la migration des personnels de santé qualifiés en particulier;

Notant les efforts et investissements importants consentis par les pays de la Région africaine pour former et développer les ressources humaines pour la santé, ainsi que les efforts pour fidéliser les agents de santé dans leur pays d'origine;

Reconnaissant l'importance du projet de code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et son caractère volontaire pour guider le recrutement international des personnels de santé;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- a) à continuer d'élaborer et d'appliquer des politiques et stratégies visant à améliorer la fidélisation de leurs personnels de santé, et notamment à renforcer les ressources humaines pour la planification et la gestion des ressources humaines pour la santé, la révision des salaires et des mécanismes d'incitation, ainsi que l'amélioration des conditions de travail, entre autres ;
- b) à accélérer l'élaboration de stratégies nationales chiffrées concernant les ressources humaines pour la santé, liées aux plans stratégiques nationaux en matière de santé;

- c) à favoriser les accords bilatéraux et multilatéraux visant à mieux gérer les migrations et à en atténuer les effets négatifs, et à élaborer des mécanismes pour faciliter une juste compensation des pays d'origine par les pays de destination;
- d) à renforcer les établissements de formation pour intensifier la formation des personnels de santé, grâce à des programmes d'enseignement innovants, pour répondre aux besoins actuels dans le domaine des soins de santé au niveau local ou de district;
- e) à créer des observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé afin de rassembler des informations et des bases factuelles pour guider l'élaboration des politiques, la planification et la gestion des personnels de santé;
- f) d'encourager la collaboration interministérielle face à la crise des personnels de santé, et viser au-delà du secteur de la santé pour chercher à renforcer les capacités des personnels de santé et leur administration;

2. EXHORTE l'Union africaine, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, la Plate-forme africaine pour les ressources humaines en santé, et les partenaires internationaux intervenant dans le secteur de la santé, notamment les organisations non gouvernementales, les fondations et les instituts de recherche :

- a) à coopérer directement avec les pays qui connaissent une pénurie d'agents de santé pour atténuer les effets négatifs de l'émigration et appuyer des stratégies destinées à remédier à la situation, et pour veiller à ce que les fonds prévus pour des interventions ciblant des maladies spécifiques, soient utilisés pour renforcer les capacités des systèmes de santé, y compris en termes de développement des personnels de santé;
- b) à aider les pays à élaborer, mettre en œuvre et suivre des politiques et stratégies complètes en matière de ressources humaines pour la santé;
- c) à aider à instaurer une collaboration Sud-Sud et Nord-Sud pour le développement et la fidélisation des personnels de santé;
- d) à appuyer la création d'un fonds spécial pour la formation, afin d'intensifier la formation dans les pays d'origine pour contrer les effets négatifs de la migration;

3. PRIE le Directeur régional :
- a) de soumettre au Directeur général la contribution de la Région africaine à la finalisation du Code;
 - b) de poursuivre la sensibilisation sur la crise des ressources humaines pour la santé et d'aider les États Membres à intensifier leurs efforts pour renforcer les systèmes de santé, y compris les ressources humaines pour la santé;
 - c) de continuer à fournir un appui aux pays pour qu'ils élaborent des politiques et des plans stratégiques chiffrés en matière de ressources humaines pour la santé;
 - d) d'encourager la recherche pour suivre les tendances et les effets de la migration sur les systèmes de santé, et de fournir des bases factuelles pour guider la prise de décisions sur les ressources humaines pour la santé;
 - e) de travailler en étroite collaboration avec les institutions concernées du système des Nations Unies, l'Union africaine et les Communautés économiques régionales pour les questions relatives à la migration des personnels de santé;
 - f) de faire rapport sur le parachèvement du Code au niveau mondial, en tenant compte des préoccupations de la Région africaine, à la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Treizième séance, 3 septembre 2009

**AFR/RC59/R7 : Appel pour une action intensifiée pour la prévention du VIH
et la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région
africaine**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC55/R6 sur l'accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine ; la résolution AFR/RC55/R5 sur la lutte contre la tuberculose : situation dans la Région africaine ; et l'appel d'Abuja pour l'accélération de l'action en vue de l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique;

Reconnaissant qu'alors que des progrès considérables ont été faits concernant certains objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), bon nombre de pays en Afrique sont encore à la traîne, notamment pour l'OMD 6, « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies »;

Inquiet de ce qu'encore c'est en Afrique subsaharienne que se trouvent plus de 70 % des personnes vivant avec le VIH et qu'on y compte près d'un tiers de toutes les nouvelles infections ; qu'en moyenne 35 % des tuberculeux sont co-infectés par le VIH dans la Région ; et que ceci a des répercussions négatives sur l'incidence de la tuberculose et sur la mortalité imputable à cette maladie, et contribue à l'apparition de la tuberculose MR et de la tuberculose UR chez les personnes vivant avec le VIH;

Gardant à l'esprit la nature plurisectorielle de la riposte au sida et le rôle directeur du secteur de la santé dans l'intensification effective des interventions de prévention du VIH reposant sur des bases factuelles;

Conscient que les principaux obstacles à une intensification réussie de la prévention du VIH et de la lutte antituberculeuse sont, entre autres, la faiblesse des systèmes de santé, la difficulté à assurer un financement prévisible et durable, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, le manque de coordination adéquate, la faiblesse des liens entre les services de lutte contre le VIH/sida et de santé sexuelle et de la reproduction, la faible collaboration entre les programmes VIH et ceux de la tuberculose, et l'absence de politiques générales de santé propices à des soins de meilleure qualité;

Préoccupés de ce que les interventions reposant sur des bases factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité existantes pour la prévention du VIH n'ont pas été suffisamment intensifiées pour avoir l'impact souhaité, que de nouvelles infections à VIH continuent à se produire en nombres inacceptables, y compris parmi les principales populations à risque, et que les stratégies essentielles de prévention et de soins de la tuberculose et du VIH ne sont que partiellement mises en œuvre;

Conscient du rôle déterminant du leadership et accueillant avec satisfaction: a) le lancement de l'initiative « Champions pour une génération sans VIH », placée sous l'égide de Son Excellence Festus Mogae ; b) l'engagement de Son Excellence Jorge Sampaio, Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le partenariat Halte à la Tuberculose ; le Programme africain pour un vaccin contre le sida, parrainé par Son Excellence Jeannette Kagame, Première Dame du Rwanda ; ainsi que

l'engagement du Directeur exécutif de l'ONUSIDA de collaborer avec l'OMS et d'autres partenaires à l'appui des pays.

1. INVITE instamment les États Membres :

- a) à assurer un leadership et une gouvernance solides et à mettre en place des mécanismes de responsabilité au niveau de la prévention du VIH et de la lutte antituberculeuse, avec une participation multisectorielle à tous les niveaux;
- b) à appuyer l'initiative Champions pour une génération sans VIH et le partenariat Halte à la Tuberculose dans leurs efforts pour favoriser l'émergence de Champions nationaux pour une génération sans VIH et parvenir à endiguer la tuberculose;
- c) à s'attaquer aux goulets d'étranglement dans les systèmes de santé, tels que l'accès limité aux soins, le coût élevé des services, la faiblesse des capacités de laboratoire, les carences des systèmes d'achat et d'approvisionnement pour les médicaments et autres matériels, et la capacité limitée des ressources humaines, qui a des répercussions négatives sur la prestation des services de lutte antituberculeuse et de lutte contre le VIH/sida;
- d) à élaborer des politiques et une législation appropriées pour créer un environnement favorable à l'intensification des mesures de prévention du VIH, notamment en s'attaquant au problème de la stigmatisation et de la discrimination et des croyances culturelles nocives, et à la protection des personnes vulnérables et des principaux groupes à risque;
- e) à s'attaquer au problème de la transmission sexuelle du VIH en plaidant pour une réduction des partenaires sexuels multiples, en mettant un terme à la violence sexuelle dirigée contre les femmes et en assurant une prévention positive;
- f) à promouvoir l'offre systématique de services de conseil et test du VIH en tant que point d'entrée de la prévention, du traitement et des soins, et s'appuyer sur les bons résultats de l'intensification du traitement antirétroviral pour renforcer les mesures de prévention pour les personnes vivant avec le VIH/sida;
- g) à viser l'élimination du VIH pédiatrique dans la Région africaine en parvenant à une couverture complète des services de conseil et test volontaires du VIH, des services de prévention de la transmission mère-enfant, des soins et du

traitement concernant le VIH/sida en faisant appel à des services intégrés de santé de la reproduction, de lutte contre le VIH/sida et de lutte antituberculeuse, et en développant au mieux l'alimentation du nourrisson et la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons allaités au sein;

- h) à accélérer la mise en œuvre d'interventions novatrices et reposant sur des bases factuelles pour la prévention du VIH, comme la circoncision masculine;
- i) à œuvrer ensemble afin d'encourager l'émergence d'un mouvement social pour la prévention du VIH aux niveaux national, régional et continental, en associant les organisations de la société civile;
- j) à appliquer intégralement la stratégie Halte à la Tuberculose pour développer l'accès aux services de prévention et de soins concernant la tuberculose/VIH, en veillant particulièrement à mettre en place une capacité moderne de diagnostic rapide de la tuberculose, de la tuberculose MR/UR et de la tuberculose/VIH;
- k) à intensifier la prestation des interventions destinées à combattre la co-infection VIH/tuberculose, en particulier le contrôle de l'infection, le dépistage du VIH et la prévention, le traitement et les soins appropriés pour les patients tuberculeux ; le dépistage de la tuberculose et le traitement des personnes vivant avec le VIH et, enfin, l'accès au traitement antirétroviral pour les patients touchés par les deux infections à la fois;
- l) à renforcer la surveillance du VIH/sida et de la tuberculose, et surveiller la tuberculose pharmacorésistante en général et particulièrement chez les personnes vivant avec le VIH;
- m) à affecter davantage de ressources locales à la prévention du VIH et à la lutte contre la tuberculose pour compléter les ressources mises à disposition grâce aux initiatives mondiales de financement de la santé;

2. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir les orientations et l'appui nécessaires à la mise en œuvre de la présente résolution;
- b) de collaborer avec le Directeur exécutif de l'ONUSIDA à l'organisation d'une conférence régionale sur la prévention du VIH, en vue de fournir des

orientations stratégiques sur la voie à suivre, y compris sur la tuberculose/VIH;

- c) de collaborer avec le Directeur exécutif de l'ONUSIDA et les Coparrainants pour un appui conjoint aux pays en vue de la mise en œuvre de la présente résolution;
- d) de collaborer avec le Directeur exécutif de l'ONUSIDA pour mobiliser l'appui à long terme en vue d'intensifier des programmes de prévention effective du VIH et de s'attaquer à la co-infection VIH/tuberculose; et surveiller les progrès en matière de soutien des Coparrainants de l'ONUSIDA dans l'intensification des programmes de prévention du VIH;
- e) de travailler avec les partenaires pour améliorer l'harmonisation et l'alignement avec les politiques, stratégies et plans nationaux; d'encourager les partenaires à fournir des financements prévisibles et durables à l'appui de l'intensification de programmes de prévention effective du VIH et de s'attaquer à la co-infection VIH-tuberculose;
- f) de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente résolution et de faire rapport au Comité régional tous les deux ans.

Neuvième séance, 2 septembre 2009

AFR/RC59/R8 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant les efforts énormes consentis par le Chef d'État, le Gouvernement et le peuple de la République du Rwanda pour assurer le succès de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui s'est tenue à Kigali du 31 août au 4 septembre 2009;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le peuple de la République du Rwanda ont réservé aux délégués;

1. REMERCIE Son Excellence, M. Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, pour les excellentes installations mises à la disposition des délégués et pour le discours plein d'encouragements et d'inspiration qu'il a prononcé lors de la cérémonie d'ouverture officielle;

2. EXPRIME sa sincère gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Rwanda pour leur remarquable hospitalité;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence, M. Paul Kagame, Président de la République du Rwanda.

Quatorzième séance, 4 septembre 2009

PARTIE II

RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 31 août 2009 dans la salle de conférence de l'Hôtel Serena à Kigali (République du Rwanda) par Son Excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda. Parmi les personnes présentes à la cérémonie d'ouverture se trouvaient M. Festus Mogae, ancien Président de la République du Botswana et Président de l'initiative Champions pour une génération sans VIH, des membres du Gouvernement rwandais, les Ministres de la Santé et les Chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, M. Michel Sidibe, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, des représentants de la Commission de l'Union africaine, des membres du corps diplomatique, ainsi que des représentants d'institutions des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (*la liste des participants figure à l'annexe 1*).

2. M. Richard Sezibera, Ministre de la Santé du Rwanda, a souhaité la bienvenue aux délégués et invités spéciaux à Kigali et fait part de la volonté du Gouvernement rwandais de rendre leur séjour à la fois productif et agréable. Il a remercié le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique d'avoir choisi le Rwanda pour accueillir la cinquante-neuvième session du Comité régional et a souhaité la bienvenue au Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. Le Ministre a remercié Son Excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, d'honorer la réunion de sa présence et d'avoir accepté de bien vouloir ouvrir officiellement la session. Il a adressé aux délégués tous ses vœux de succès pour leurs travaux.

3. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité la bienvenue aux délégués et exprimé sa gratitude au Président, au Gouvernement et au peuple du Rwanda pour leur accueil et pour la qualité des dispositions prises en vue de l'organisation du Comité régional. Cela atteste selon lui de l'engagement et de l'appui du pays envers l'action de l'OMS et les efforts de développement sanitaire en Afrique.

4. Le Dr Sambo a fait observer que, malgré les défis auxquels sont confrontés les pays de la Région, notamment la crise économique mondiale, la montée des inégalités sociales et l'apparition d'épidémies et de maladies émergentes, des progrès sensibles ont été faits en vue de la réalisation des OMD. Il a souligné que,

dans ce contexte et à la suite des recommandations formulées par le Comité régional à sa cinquante-huitième session, les points de l'ordre du jour à examiner comprenaient notamment le suivi des progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD, les cadres de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé ainsi que de la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé, le problème de la pharmacorésistance en relation avec le VIH, la tuberculose et, enfin, l'accélération de la lutte contre le paludisme. Il a d'autre part indiqué que des manifestations spéciales étaient prévues, avec la participation de personnalités comme M. Jorge Sampaio, ancien Président du Portugal, et M. Festus Mogae, ancien Président du Botswana. La célébration de la première Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine sera organisée le 4 septembre 2009.

5. Le Directeur régional a rappelé que l'essentiel de son action au cours des cinq dernières années a consisté à renforcer la réactivité de l'OMS à l'égard des pays, à développer le plus possible la synergie et la cohérence entre les partenaires internationaux de la santé, à renforcer les systèmes de santé, à intensifier les interventions de santé essentielles pour atteindre les OMD liés à la santé ainsi qu'à agir sur les déterminants de la santé. Parmi les principales réalisations figurent la restructuration du Bureau régional, accompagnée d'une décentralisation des fonctions techniques et des ressources vers les trois équipes interpays d'appui technique implantées à Ouagadougou, Libreville et Harare, la mise sur pied de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique – un mécanisme novateur de collaboration destiné à apporter un appui conjoint aux pays de manière cohérente et coordonnée, la participation de l'OMS à la réforme des Nations Unies et, enfin, l'amélioration de la collaboration avec l'Union africaine, la Commission économique pour l'Afrique et les communautés économiques régionales.

6. Il a rappelé les efforts déployés pour aider les pays à formuler et mettre en œuvre des politiques visant à renforcer les systèmes de santé - efforts qui ont conduit à l'adoption des Déclarations de Ouagadougou et d'Alger – les progrès accomplis dans les domaines du VIH/sida, du paludisme et de la santé de l'enfant, de la sensibilisation aux risques environnementaux pour la santé, à l'usage nocif de l'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à haut risque, ainsi que pour rassembler des bases factuelles et identifier les facteurs de risque pour des maladies non transmissibles. Il s'est félicité de la contribution apportée par les ministères de la santé, les partenaires internationaux de la santé et toute la communauté internationale. Le Directeur régional a cependant fait observer que, malgré les connaissances et les outils existants, aucun progrès n'a été fait dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et que des problèmes continuent de se poser en

ce qui concerne le diagnostic et le traitement de la tuberculose, l'éradication de la poliomyélite et les épidémies dans la Région.

7. Le Directeur régional a fait savoir que ses visites dans 44 pays de la Région africaine lui ont donné l'occasion et le privilège de voir les efforts consentis par les gouvernements et les partenaires pour améliorer la santé des populations. Ses visites lui ont aussi permis de prendre conscience des moyens par lesquels l'OMS pouvait trouver un créneau pour compléter les efforts des gouvernements et contribuer à la mise à jour des stratégies OMS de coopération avec les 46 pays de la Région.

8. Le Dr Sambo a exprimé sa gratitude pour la confiance et l'honneur qui lui ont été témoignés lors de sa nomination au poste de Directeur régional de l'OMS et il a remercié les ministres de la santé, le Directeur général et tous les membres du personnel de l'OMS de leur indéfectible appui. Il a fait part de son souhait de rester au service de l'Afrique et de l'Organisation mondiale de la Santé, afin de consolider les bases mises en place ces dernières années.

9. Prenant la parole devant les délégués, M. Festus Mogae, ancien Président de la République du Botswana et président de l'initiative Champions pour une génération sans VIH, a remercié l'OMS de l'avoir invité à la session, ainsi que le Président et le Gouvernement du Rwanda pour leur accueil. Il a informé les participants que l'initiative Champions pour une génération sans VIH, groupe comprenant trois anciens présidents africains et d'autres dignitaires, a été lancée en septembre 2008 à Gaborone (Botswana). L'objectif du groupe est de mobiliser les dirigeants africains, en particulier les présidents et chefs d'Etat et de gouvernement, les ministres, les parlementaires, les responsables d'organisations confessionnelles et les chefs traditionnels, en vue de relancer la prévention de l'infection à VIH et le partage des meilleures pratiques.

10. M. Mogae a indiqué que le groupe a organisé en 2009 au Mozambique et en Namibie des visites réussies qui lui ont permis de rencontrer les présidents, les ministres et d'autres dirigeants de haut rang de ces deux pays. Il a souligné la nécessité d'accorder plus d'attention aux questions liées à la circoncision masculine, aux partenaires sexuels multiples, au genre, à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi qu'au financement des programmes relatifs au VIH/sida. Il a préconisé une intensification des efforts pour combattre les déterminants de l'épidémie.

11. M. Mogae a félicité le Président de la République du Rwanda pour son remarquable leadership dans la démarche de réconciliation et de développement dans son pays ainsi que dans la lutte contre le VIH/sida. Il a rappelé la nécessité de

disposer d'un environnement politique favorable, notamment des politiques et des stratégies capables de protéger les groupes marginalisés et vulnérables. Enfin, il a lancé un appel aux ministres de la santé pour qu'ils se fassent les champions d'une relance des efforts de prévention de l'infection à VIH dans la Région

12. Prenant ensuite la parole, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, a félicité le Président et le peuple du Rwanda pour la transformation et le développement extraordinaires survenus depuis les terribles évènements de 1994.

13. Le Directeur général a fait observer que, de toute évidence, les responsables africains de la santé sont tout-à-fait conscients des obstacles à l'amélioration de la santé et tout aussi conscients des mesures nécessaires pour s'attaquer aux problèmes spécifiques, moyennant souvent une approche régionale. Pourtant, les tendances actuelles montrent que l'Afrique n'atteindra aucun des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé. Le Dr Chan a souligné que, face à la question de savoir ce qu'il faut faire pour sortir l'Afrique de cette impasse, il faut bien comprendre que l'argent est certes important, mais qu'à lui tout seul ne pourra transformer les perspectives en vue d'un meilleur état de santé en Afrique. Il faut aussi adopter de bonnes politiques et utiliser l'argent de manière efficace et efficiente. Ceci est particulièrement vrai en période de récession économique mondiale, de changement climatique et de pandémie de grippe.

14. Le Dr Chan a évoqué un article intitulé « The conversation of our time » rédigé par le Président Kagame pour le magazine *New African*. Dans cet article, le Président faisait valoir que la pensée et le raisonnement éculés du passé ont perdu toute pertinence ; les vieux présupposés, arguments, dogmes et appellations ne correspondent plus à la réalité, et il faut un changement concernant le dialogue relatif au développement de l'Afrique.

15. Elle a informé les délégués que, lors de ses récentes visites en Ouganda et en Tanzanie, elle a été témoin de quelques unes des nouvelles réalités en Afrique, notamment l'importante réduction de la mortalité infantile, toutes causes confondues. Elle a d'autre part été informée du recul de la mortalité imputable au paludisme, de l'excellence de la recherche et des capacités institutionnelles, de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme, ainsi que de la réduction de la mortalité due à la pneumonie chez l'enfant. Le Directeur général a noté avec satisfaction les innovations telles que l'utilisation des téléphones portables pour la surveillance de la maladie en temps réel et la notification des cas ou encore la

production industrielle de moustiques pour les besoins des projets de recherche. Tous ces éléments soulignent la nécessité de cesser de parler de l'Afrique en faisant des généralisations à l'emporte-pièce et d'évoquer en revanche les belles étincelles de succès à mesure que les pays arrivent à surmonter des problèmes de santé particuliers et à aller de l'avant.

16. Le Dr Chan a fait remarquer que de trop nombreuses politiques internationales ont eu pour résultat d'avantager les nantis, creusant ainsi les différences de revenus, de possibilités et d'état de santé dans un même pays et d'un pays à l'autre. Ceci justifie l'appel du Président Kagame pour un nouveau modèle de croissance économique qui fait des investissements dans l'équité sociale un objectif politique clairement affiché.

17. Le Directeur général a déclaré qu'à mesure que ce siècle avance, des crises de plus en plus nombreuses revêtiront un caractère mondial, avec des causes mondiales et des conséquences mondiales qui défavoriseront les pays et les populations les moins à même d'y faire face. Elle a affirmé que la pandémie de grippe révélera les conséquences des décennies pendant lesquelles on a négligé d'investir suffisamment dans les systèmes et infrastructures de santé de base, notamment dans la Région africaine. Elle a informé la réunion de ce que l'OMS a obtenu des engagements se montant à 150 millions de doses de vaccin pour les pays en développement. L'OMS et ses partenaires humanitaires internationaux ont aussi lancé un appel à l'action visant à mobiliser des ressources et des matériels pour appuyer les pays en développement durant la pandémie.

18. Pour conclure son allocution, le Dr Chan a conseillé aux délégués de conserver leur adhésion renouvelée aux soins de santé primaires conformément à la Déclaration de Ouagadougou, étant donné qu'il s'agit là d'un moyen avéré de promouvoir des soins de santé équitables et efficaces et de se constituer un capital permettant de résister à la prochaine crise mondiale. Elle a aussi demandé aux délégués de se mettre à parler du développement sanitaire de l'Afrique différemment, de façon à tenir compte des réalités et du potentiel de la Région, le monde entier étant à présent prêt à écouter.

19. Dans son discours d'ouverture, Son Excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, a souhaité la bienvenue aux délégués et leur a conseillé de saisir l'occasion de cette réunion pour mener une profonde réflexion sur le secteur social en Afrique, et notamment sur l'état des systèmes de santé que tout observateur neutre qualifierait de «très peu sain». Il a exhorté le Comité régional à résister à la tendance de trop simplifier les défaillances et de les imputer aux contraintes

financières et à la pauvreté, car comme l'a dit quelqu'un à juste titre, «l'Afrique n'est pas pauvre; elle est plutôt mal gérée».

20. Le Président Kagame a déclaré que l'argent est certes important pour réaliser les objectifs de développement, mais que des défis plus importants encore restent à relever, y compris un leadership solide aux différents niveaux, une appropriation résolue des politiques, des stratégies appropriées, un engagement prospectif, l'ardeur au travail, l'innovation et la responsabilisation. Il a réitéré que quel que soit le niveau des ressources matérielles et financières, celles-ci ne peuvent à elles seules transformer une nation sans une vision et des politiques clairement définies, sans une stratégie délibérée, et sans engagement à améliorer continuellement la situation du principal atout national, à savoir la population.

21. Le Président a cité en exemple les modestes réalisations du Rwanda imputables à la créativité et à l'ardeur au travail. Entre autres, le régime d'assurance maladie à base communautaire grâce auquel les groupes les plus vulnérables de la société bénéficient d'une couverture de base, celle-ci étant passée de 7 % en 2003 à 85 % en 2008. En outre, de 2005 à 2008, des gains considérables ont été enregistrés grâce à la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le secteur de la santé. Ceci s'est effectué dans le contexte plus large des autres réformes nationales, dont les contrats de performance entre le Chef de l'Etat et les maires et citoyens, et le processus de décentralisation des ressources humaines. On a constaté que les centres de santé qui ont adopté le financement basé sur la performance ont obtenu de meilleurs résultats que ceux qui opéraient de manière conventionnelle.

22. Le Président Kagame a fait savoir que le leadership, la responsabilité et l'autonomisation des communautés ont contribué aux réalisations significatives enregistrées dans la campagne nationale de lutte contre le paludisme. Au niveau national, des campagnes ambitieuses mais réalisables de mobilisation des ressources ont été menées. Des stratégies préventives et curatives efficaces axées sur des partenariats public-privé, la mobilisation communautaire et le renforcement des systèmes de santé, ont été élaborées et mises en œuvre. Le Président a souligné que, sans la participation active des dirigeants locaux, la couverture de 97 % des ménages pour les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations n'aurait pas été réalisée.

23. Le Président a remercié les partenaires de développement pour avoir appuyé les efforts du Rwanda. Il a indiqué que d'importantes leçons ont été apprises grâce à la collaboration avec ces partenaires, à savoir que l'aide est particulièrement efficace

lorsqu'elle est conçue et utilisée comme mesure transitoire et non comme une fin en soi ; que les politiques doivent être clairement définies, entre les mains du pays concerné, bien comprises et partagées par tous les partenaires ; que le partage de la supervision exige des mécanismes de responsabilisation assortis d'indicateurs bien définis ; que l'intégration de l'aide dans l'application des politiques et stratégies nationales de développement donne lieu au décaissement par l'intermédiaire des institutions nationales de budgétisation et de programmation ; et que l'aide peut servir à renforcer les capacités humaines et institutionnelles.

24. À la fin de son discours, le Président a déclaré l'ouverture officielle de la réunion.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

25. Le Comité régional a constitué le Sous-Comité des Désignations, composé des États Membres suivants : Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar et Nigeria. Le Sous-Comité s'est réuni le lundi 31 août 2009 et a élu comme Président le Dr Allah Rémi Kouadio, Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire.

Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

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

Président : Dr Richard Sezibera,
Ministre de la Santé, République du Rwanda

1^{er} Vice-Président : Professeur Issifou Tapkara,
Ministre de la Santé, Bénin

2^{ème} Vice-Président : M. Francisco Pascual Obama Asue,
Ministre de la Santé, Guinée équatoriale

Rapporteurs : Dr Richard Ntchabi Kamwi,
Ministre de la Santé, Namibie (pour l'anglais)

M. Seydou Bouda,
Ministre de la Santé, Burkina Faso (pour le français)

Dr Arlindo Vicente de Assunção Carvalho,
Ministre de la Santé, Sao Tomé et Principe
(pour le portugais)

Adoption de l'ordre du jour

27. Le Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional, l'Honorable Richard Sezibera, Ministre de la Santé de la République du Rwanda, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC59/1) et le projet de programme de travail (*voir respectivement annexes 2 et 3*). Il a été proposé d'inscrire à l'ordre du jour un point supplémentaire (9.6) relatif au document intitulé «*Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation*». L'ordre du jour a ensuite été adopté tel qu'amendé.

Adoption de l'horaire de travail

28. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : 8h30 – 12h30 et 14h00 – 17h00, pauses-café /thé de trente minutes comprises.

Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

29. Le Comité régional a nommé le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, composé des représentants des États Membres suivants : Afrique du Sud, Éthiopie, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda et Tanzanie.

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

30. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 31 août 2009 et a élu Président l'Honorable Beth Mugo, Ministre de la Santé du Kenya.

31. 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, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie,

Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Leurs pouvoirs ont été jugés conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

DÉSIGNATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL

32. Lors d'une séance à huis clos tenue le 31 août 2009, le Comité régional, considérant l'article 52 de la Constitution de l'OMS et conformément à l'article 52 de son Règlement intérieur, a désigné le Dr Luis Gomes Sambo au poste de Directeur régional de l'OMS pour la Région africaine et a prié le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Luis Gomes Sambo à ce poste à compter du 1^{er} février 2010.

33. Après sa désignation au poste de Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo a exprimé sa gratitude au Président de son pays, l'Angola, pour son précieux soutien qui a contribué à la réalisation de résultats significatifs au cours de son premier mandat. Il a également exprimé sa gratitude aux Ministres de la Santé et aux États Membres de la Région africaine pour leur appui et leur contribution aux résultats atteints. Il a reconnu la contribution des partenaires internationaux et de l'ensemble de la communauté du secteur de la santé. Il a remercié le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, ainsi que les membres du personnel de la Région africaine de l'OMS, pour leur appui continu.

34. Le Dr Sambo a fait observer qu'en dépit des progrès réalisés par les États Membres, il restait encore beaucoup à faire pour renforcer les systèmes de santé et réduire le fardeau de la maladie. Il a renouvelé son engagement à améliorer la situation sanitaire des populations de la Région africaine de l'OMS et réitéré sa détermination à poursuivre le renforcement des partenariats pour la santé en Afrique et à servir l'Afrique, avec l'appui des États Membres.

35. Après l'allocution d'acceptation du Dr Luis Gomes Sambo, le Dr Margaret Chan l'a félicité de sa désignation et lui a souhaité plein succès au cours de son deuxième mandat. Elle a reconnu le précieux appui fourni continuellement au Dr Sambo par les États Membres dans l'exécution du mandat qu'ils lui ont confié. Elle a indiqué que les défis qui l'attendent sont énormes, mais qu'ils peuvent être relevés. Elle a fait observer que l'année 2015, qui marquera la fin du deuxième mandat du Dr Sambo, coïncide avec la date butoir pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Pour terminer, elle a réitéré les souhaits pour des meilleurs résultats dans le domaine de la santé en Afrique.

36. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC59/R1 sur la désignation du Directeur régional.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE 2008: RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR RÉGIONAL (document AFR/RC59/2)

37. En présentant le document intitulé *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008 : Rapport annuel du Directeur régional*, le Dr Luis Sambo, Directeur régional, a indiqué que le rapport donne des détails sur le contexte, les réalisations notables par objectif stratégique (OS), les défis, les contraintes et les leçons apprises lors de la mise en œuvre du Budget Programme de l'OMS 2008-2009 dans la Région africaine en 2008 et, enfin, les perspectives. Il a fait observer que l'année 2008 est la première année de mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme (PSMT), qui définit l'orientation stratégique de l'Organisation pour la période 2008-2013.

38. Le Dr Sambo a fait savoir qu'en 2008, les populations de la Région africaine ont continué à subir les effets de la charge élevée des maladies transmissibles. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme demeurent de graves problèmes de santé publique, avec de graves conséquences. Des États Membres ont enregistré une fréquence accrue de flambées de maladies telles que la fièvre d'Ebola, la fièvre de Marburg et la fièvre de la Vallée du Rift, ainsi qu'une résurgence du choléra, de la méningite à méningocoques, de la fièvre jaune et de la shigellose. À cela s'ajoute la charge croissante des maladies non transmissibles, qui a des liens manifestes avec les facteurs de risque courants liés au mode de vie, comme un régime alimentaire peu sain, le manque d'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool.

39. Le Directeur régional a indiqué que la situation sanitaire de la majorité des femmes et des enfants en Afrique demeure critique. Les tendances des ratios de mortalité maternelle et des taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans la Région africaine sont telles qu'il sera difficile d'atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement N° 4 et N° 5. Les situations d'urgence et les crises humanitaires ont continué à exercer une pression accrue sur les systèmes socioéconomiques et, en 2008, au moins 40 des 46 pays de la Région ont été confrontés à une situation d'urgence sous une forme ou une autre. De ce fait, des milliers de personnes sont mortes et des millions d'autres ont été déplacées. Les problèmes liés à l'accès à l'eau potable et à un système d'assainissement adéquat, et les problèmes associés à la sécurité alimentaire, à la sécurité sanitaire des aliments et à la sous-alimentation ont continué à poser un défi dans de nombreux pays de la Région.

40. Le Directeur régional a par ailleurs souligné que les systèmes de santé dans la Région africaine sont généralement faibles et ne permettent pas de ce fait d'obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé. Des problèmes tels que le caractère limité des compétences nationales en matière de gouvernance et de leadership, l'insuffisance des ressources humaines, l'absence de politiques complètes de financement de la santé, l'accès limité aux médicaments essentiels, l'utilisation limitée des bases factuelles et des connaissances produites par la recherche, la faible performance du système d'informations et de surveillance épidémiologiques, ainsi que l'insuffisance de la participation des communautés, doivent encore retenir l'attention.

41. Le Dr Sambo a fait observer qu'en 2008, les activités de l'OMS dans la Région africaine étaient basées sur le Budget Programme 2008-2009. Le budget approuvé pour la Région africaine était de US \$1 193 940 000, soit 28,2 % du budget global approuvé de l'OMS. Le budget approuvé a été réparti entre les 13 objectifs stratégiques (OS) et les résultats connexes attendus à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation. L'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du Budget Programme 2008-2009 a conclu que des progrès notables ont été réalisés en 2008 vers l'obtention des résultats attendus. Sur le budget approuvé pour la Région, un montant de US \$783 454 000 (66 %) a été alloué à la réalisation des activités. Sur ce montant, US \$442 657 000 ont été engagés, soit un taux d'exécution de 57 %.

42. En ce qui concerne *l'OS1 – Lutter contre les maladies transmissibles*, il a été signalé d'importantes avancées dans la vaccination de routine, la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, la lutte contre les maladies tropicales négligées et contre la fièvre jaune. La lèpre a été éliminée en tant que problème de santé publique dans les deux derniers pays d'endémie, tandis que la dracunculose a été éradiquée dans trois pays supplémentaires. Au total, 44 pays ont atteint le niveau de surveillance de la paralysie flasque aiguë requis pour la certification. Toutefois, il y a eu une résurgence de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans les États du nord du Nigeria, avec pour conséquence sa propagation dans les pays voisins. Face à cette situation, des activités de vaccination supplémentaires de qualité ont été menées et ont bénéficié d'un appui, et la surveillance a été intensifiée.

43. Le Dr Sambo a fait savoir qu'au sujet de *l'OS2 – Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme*, des outils normatifs ont été mis au point pour appuyer les opérations de lutte contre le VIH/sida et le paludisme, et pour mettre en œuvre la stratégie Halte à la Tuberculose. Fin juin 2008, on estimait à 24% l'augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral, par rapport aux

estimations de décembre 2007. Les pays ont bénéficié d'un appui pour accéder aux antituberculeux, par le biais du Dispositif mondial de financement des médicaments et, de ce fait, 93% des pays disposaient d'un approvisionnement continu d'antituberculeux au niveau périphérique.

44. En ce qui concerne l'*OS3 – Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles*, les points focaux des ministères de la santé et des bureaux de pays de l'OMS ont été formés, et leurs capacités renforcées pour la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les affections bucco-dentaires, la drépanocytose, la violence, les traumatismes et les incapacités, la santé mentale et la toxicomanie. La toute première Journée mondiale sans Noma a été organisée. Une consultation régionale a été organisée sur la prévention du cancer du col de l'utérus et la possibilité d'introduire dans la Région le vaccin contre le virus du papillome humain. La publication *Violence et santé dans la Région africaine de l'OMS* a été parachevée, et une enquête a été conduite sur la situation en matière de sécurité routière dans la Région.

45. Le Dr Sambo a signalé que, pour ce qui est de l'*OS4 – Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie*, l'OMS a appuyé les États Membres à élaborer, adopter et 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», ainsi que diverses stratégies concernant la survie de l'enfant, la santé de la femme et la planification familiale. Au total, 21 pays disposent aujourd'hui de plans stratégiques pour la santé de l'adolescent. L'évaluation de dix ans de mise en œuvre de mesures accélérées pour l'élimination des mutilations génitales féminines (MGF), faite dans 12 pays, a montré que la totalité d'entre eux a adopté une législation nationale contre les MGF et que dix ont créé des institutions nationales pour lutter contre le phénomène. Lors de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les Ministres de la Santé ont adopté une résolution sur la santé de la femme et proclamé le 4 septembre Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine.

46. S'agissant de l'*OS5 – Situations d'urgence, catastrophes, crises et conflits*, le Directeur régional a informé le Comité que la capacité de l'OMS et des pays à mobiliser des ressources, à exécuter des projets et à établir des rapports a été renforcée par la formation, la délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS, l'adoption de modes opératoires normalisés et l'utilisation d'outils de gestion et de communication. Ceci a permis d'accroître les montants mobilisés : US \$51 455 039 en

2008, soit une hausse de 35,7% par rapport aux US \$37,8 millions collectés au cours de la période biennale 2006-2007. On a ainsi pu mener en temps voulu des activités de plus grande envergure pour faire face à des situations d'urgence telles que les inondations, les conflits ou les flambées de maladies, l'OMS jouant de mieux en mieux son rôle de coordination et de chef de file dans le domaine sanitaire.

47. En ce qui concerne *l'OS6 – Intégrer les processus complets multisectoriels et multidisciplinaires de promotion de la santé*, il a été indiqué que des équipes multisectorielles ont été formées à la mise en œuvre d'interventions intégrées de promotion de la santé visant à prévenir les maladies non transmissibles. La plupart des États Membres ont mené des enquêtes STEP et, en décembre 2008, bon nombre de pays de la Région avaient déjà ratifié la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Des enquêtes mondiales ont été menées dans tous les États Membres sur l'alcool, la santé et les ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à la toxicomanie. Elles serviront de base à un système d'information régional.

48. Pour *l'OS7 – Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme*, le Bureau régional a aidé les pays qui sont associés au partenariat OMS/Commission européenne pour la réalisation des OMD et au projet OMS/Luxembourg à parachever les rapports de situation de la phase I et à préparer les plans d'action pour la phase II. Le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a fait l'objet d'une large diffusion, et le Bureau régional a mis au point un projet de cadre pour promouvoir l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région.

49. En ce qui concerne *l'OS8 – Promouvoir un environnement plus sain*, il a été indiqué que l'OMS a fourni un appui soutenu pour les investigations et l'endiguement d'un certain nombre de problèmes de santé liés à l'environnement, notamment une flambée de cas d'intoxications par le plomb et une flambée de cas d'insuffisance rénale aiguë chez les enfants, due à la présence de diéthylène glycol dans un sirop au paracétamol de fabrication locale. La première Conférence interministérielle sur la Santé et l'Environnement en Afrique a été organisée conjointement par l'OMS et le PNUE, avec pour hôte le Gouvernement du Gabon. Les pays participants ont adopté la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique.

50. Au sujet de *l'OS9 – Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire*, le Directeur régional a fait savoir que l'action et la

coordination intersectorielles en faveur de la sécurité sanitaire des aliments ont été renforcées grâce à la mise en place, dans plusieurs pays, de groupes de travail et de comités sur la sécurité sanitaire des aliments. La plupart des pays se sont joints au Réseau OMS de surveillance mondiale de la salmonelle. À sa cinquante-huitième session, le Comité régional a adopté le document intitulé «Troubles dus à une carence en iode dans la Région africaine de l'OMS : analyse de la situation et perspectives». L'OMS a organisé des séminaires et des ateliers relatifs au Codex alimentarius.

51. Pour ce qui est de l'*OS10 – Renforcer les services de santé par l'amélioration de la gouvernance, du financement et du recrutement et de la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles*, une conférence internationale a adopté la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire. La Déclaration a également été entérinée par le Comité régional à sa cinquante-huitième session. Une conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine s'est tenue à Alger, et la Déclaration d'Alger qui en est issue a été présentée au Forum ministériel mondial de Bamako sur la Recherche pour la Santé. Les travaux ont débuté sur la mise en place de l'Observatoire régional de la Santé en Afrique. Un guide destiné à documenter et à faire connaître les meilleures pratiques dans les programmes de santé a été préparé et distribué.

52. En relation avec l'*OS11 – Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité*, le Comité régional, à sa cinquante-huitième session, a adopté une résolution visant à renforcer les laboratoires de santé publique dans la Région africaine de l'OMS. Des ateliers ont été organisés sur la sécurité des injections, la sûreté biologique et la sécurité biologique, l'évaluation des programmes de gestion de la qualité dans les services de transfusion sanguine, la normalisation des procédures opérationnelles et des pratiques courantes, ainsi que le bilan des politiques pharmaceutiques. Un document intitulé «Guide du Réseau des laboratoires nationaux de santé publique pour le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte» a été publié. Un rapport a été préparé dans le cadre de la revue à mi-parcours de la Décennie de la Médecine traditionnelle africaine (2001-2010).

53. Le Dr Sambo a souligné que, pour ce qui concerne l'*OS12* et l'*OS13 – Activités du Secrétariat de l'OMS, y compris le renforcement de la présence de l'OMS dans les États Membres*, l'OMS a joué son rôle de chef de file dans le domaine de la santé dans la Région grâce au plaidoyer constant aux niveaux national et régional, à

l'accroissement de l'efficacité de la présence de l'OMS dans les pays par le biais de l'élaboration des stratégies de coopération avec les pays, d'une meilleure orientation et d'une meilleure délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS, ainsi que de la décentralisation des fonctions de coopération technique du Bureau régional vers les Équipes d'appui interpays.

54. Le Directeur régional a informé les délégués que les principales leçons apprises au cours de l'année sous revue sont notamment la nécessité d'une bonne gouvernance et d'un leadership solide de la part des pays pour garantir l'efficacité des systèmes de santé ; la nécessité de la collaboration multisectorielle pour accroître l'efficacité de la planification et de la prestation d'interventions et de services ; la capacité du secteur de la santé à infléchir les politiques dans les autres secteurs lorsque les bases factuelles produites sont partagées avec les responsables politiques dans ces secteurs ; l'importance cruciale de la coordination et de la collaboration entre tous les acteurs et tous les partenaires pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des activités ; et la nécessité d'établir des partenariats et des liens de collaboration solides avec les groupements politiques régionaux et les institutions techniques pertinentes pour renforcer l'appui de l'OMS aux États Membres.

55. Pour conclure sa présentation, le Directeur régional a indiqué que l'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 a offert l'occasion de reprogrammer les activités et les ressources. Plusieurs actions ont été identifiées comme moyens d'améliorer la mise en œuvre au cours de la deuxième année de la période biennale. Ces actions couvrent notamment le renforcement des capacités internes de l'OMS en matière de plaidoyer, de négociation et de mobilisation des ressources ; la mise en œuvre des stratégies de coopération avec les pays, avec un accent particulier sur le suivi et l'engagement des parties prenantes ; le respect des engagements cruciaux pris au titre de plusieurs déclarations adoptées en 2008 (Ouagadougou, Alger et Libreville) ; la consolidation des partenariats ; l'intensification de la mobilisation des ressources ; et le renforcement des capacités du personnel des bureaux de pays de l'OMS dans les domaines de la planification, de la gestion, du suivi et de l'évaluation des programmes, ainsi que dans la mobilisation des ressources pour accroître l'appui aux ministères de la santé et aux partenaires.

56. Réagissant au rapport du Directeur régional, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a reconnu l'accueil favorable réservé à ce rapport par les États Membres. Elle a toutefois fait observer que les progrès remarquables réalisés vers l'éradication de la polio risquent d'être compromis par la réintroduction de cas importés de poliovirus sauvage dans certains pays. Elle a informé la réunion qu'un

rapport établi par les missions d'évaluation sera présenté au Conseil exécutif en janvier 2010, et en a appelé à un leadership continu des ministres de la santé pour prévenir la réintroduction du poliovirus.

57. Le Directeur général a félicité les États Membres pour leur courage dans l'adoption du *Règlement sanitaire international 2005* et le début de son application en 2007. Les pays ont ainsi été mieux préparés à la pandémie H1N1 actuelle. Le Directeur général a conseillé aux pays d'éviter le piège de l'autosatisfaction et de faire preuve d'une vigilance accrue, dans la mesure où une nouvelle flambée pourrait survenir dans l'hémisphère nord au cours de l'hiver prochain.

58. Elle a annoncé que l'OMS continuerait à fournir aux États Membres un appui technique ainsi que des médicaments tels que le Tamiflu™ et des vaccins, à mesure que ceux-ci deviennent disponibles. Elle a encouragé les ministres de la santé à promouvoir une collaboration multisectorielle plus efficace et à mobiliser l'engagement des plus hautes autorités.

59. Le Directeur général a fait observer que les systèmes d'information sanitaire dans la Région africaine demeurent faibles et ne permettent donc pas de mieux faire connaître le bon travail réalisé par les États Membres. Elle a lancé un appel pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire en vue d'une meilleure démonstration des résultats des investissements consentis, ce qui devrait faciliter la mobilisation de ressources additionnelles.

60. Le Comité régional a adopté le rapport tel qu'il figure dans le document AFR/RC59/2.

INVITÉS SPÉCIAUX

61. Le premier invité spécial, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibe, est revenu sur la séance de la matinée qui a été une occasion de ressourcement auprès des dirigeants, anciens et actuels, du continent africain. Il a indiqué qu'il est nécessaire de situer la lutte contre la maladie dans le contexte du développement et de placer la santé des populations au centre des processus de développement. Il a souligné la nécessité de faire participer les communautés et les individus aux programmes de santé, tout en œuvrant à leur autonomisation pour leur permettre d'assumer leurs responsabilités et de prendre des mesures appropriées pour préserver leur santé.

62. M. Sidibe a partagé les conclusions des visites dans certains pays et a noté les remarquables progrès en cours dans la restauration de la dignité et l'amélioration du statut de certains groupes vulnérables, et notamment des enfants, des professionnels (le)s du sexe et des personnes vivant avec le VIH/sida. Il a souligné la nécessité d'étendre ces meilleures pratiques aux autres pays de la Région et au-delà. Il a mis en exergue l'importance d'assurer l'efficacité des médicaments de première intention sur une longue période et le rôle des laboratoires dans la prévention de l'émergence de souches pharmacorésistantes. Il a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils veillent à ce que les patients ne connaissent pas d'interruption du traitement, et les a invités instamment à honorer les engagements d'Abuja et à garantir la disponibilité de financements suffisants pour le Fonds mondial, afin de combattre le sida, la tuberculose et le paludisme.

63. M. Sidibe a souligné l'importance de la prévention, et notamment de la prévention de la transmission mère-enfant, en tant qu'élément central de la réponse au VIH/sida, ainsi que de l'abrogation des lois criminalisant les groupes vulnérables. Il a indiqué qu'il faut s'attaquer au problème du statut inférieur de la femme qui conduit à la multiplicité des partenaires sexuels, à la coercition et à des violences sexuelles. Il a lancé un appel pour l'élimination de la transmission verticale d'ici 2015. Il a par ailleurs fait observer que la majorité des antirétroviraux ne sont pas produits en Afrique, en raison du manque de normes rigoureuses en matière de qualité et du manque de capacités de production. Il a estimé que l'Afrique a besoin d'une agence pharmaceutique unique.

64. Le deuxième invité spécial, M. Elhadj As Sy, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, a déclaré que la collaboration entre l'UNICEF et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique n'a cessé de se renforcer. Il a souligné l'importance des activités conjointes, de la coordination et de l'harmonisation et fait observer que les grandes priorités de l'UNICEF restaient la réduction de la mortalité infantile, l'accélération des actions pour la survie et le développement de l'enfant, la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé des mères.

65. M. As Sy a indiqué que, malgré les nombreux défis auxquels la Région fait face, il y a lieu d'être optimiste et d'espérer. Un certain nombre de pays de la Région ont enregistré des progrès en vue de la réalisation des OMD liés à la santé. Grâce à des interventions bien connues, on a pu faire reculer la mortalité infantile en améliorant la couverture vaccinale, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la PTME, entre autres. Cependant, les progrès restent tout-à-fait insuffisants.

66. Il a souligné qu'il est important de s'attaquer aux inégalités entre riches et pauvres, entre zones urbaines et rurales et entre hommes et femmes. Il a demandé à la communauté internationale de continuer à apporter un appui au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour que les pays en développement continuent à recevoir son soutien financier. Il a exprimé l'appui plein et entier de l'UNICEF à l'action de l'OMS dans la Région africaine.

67. L'allocution du troisième invité spécial M^e Bience Gawanas, Commissaire de l'Union africaine pour les Affaires sociales, a été prononcée par le Dr Grace Kalimugogo de la Commission de l'Union africaine. Après avoir transmis les excuses de M^e Gawanas, qui participe à la Session spéciale de la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine sur la résolution des conflits, elle a fait observer que les conflits ont des effets très négatifs sur la santé puisqu'ils freinent le développement socioéconomique. Elle a remercié le Président, le Gouvernement et le peuple du Rwanda d'avoir bien voulu accueillir la session et a souligné l'amélioration de la collaboration entre l'OMS et la Commission de l'Union africaine, ainsi que la qualité des activités menées par le Directeur régional et ses collaborateurs.

68. La représentante de la Commissaire a déclaré que 2009 est une année spéciale pour le Comité régional parce que l'Afrique préside le partenariat Faire reculer le paludisme, l'organe directeur du Fonds mondial et le Conseil exécutif de l'OMS. Elle a rendu hommage aux États Membres et aux partenaires pour leur contribution à l'amélioration de la santé en Afrique. Elle a fait observer que les points de l'ordre du jour, en particulier la réduction de la mortalité maternelle, correspondent à la Stratégie de santé pour l'Afrique adoptée par l'Union africaine en 2008. À cet égard, il faut signaler que la Commissaire et Mme Sarah Brown, épouse du Premier Ministre britannique, président conjointement la Coalition du leadership mondial sur la mortalité maternelle.

69. L'oratrice a lancé un appel aux délégués pour qu'ils assurent l'accès universel à des services de qualité et garantissent un financement prévisible, ainsi que des effectifs de personnel de santé suffisants, pour lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles, y compris les troubles mentaux. Évoquant la célébration chaque année, en fin février, de la Journée africaine des modes de vie, elle a exhorté les États Membres à cibler les jeunes lors des campagnes. Elle a insisté sur l'importance de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence et assuré les États Membres de l'appui de l'Union africaine. Elle a demandé aux pays africains de renforcer leurs systèmes de santé, notamment les systèmes de protection sociale et

d'assurance-maladie, pour garantir l'accès universel à des services de santé de qualité et à un véritable bien-être social.

PRÉSENTATION ET EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC59/15)

70. Le Dr Souleymane Sanou, Président du Sous-Comité du Programme, a présenté le rapport du Sous-Comité. Il a indiqué que 18 membres ont pris part aux travaux du Sous-Comité, qui s'est réuni à Libreville (Gabon) du 2 au 5 juin 2009. Il a informé le Comité régional que le Secrétariat a dûment pris en compte les observations générales et les propositions spécifiques faites par le Sous-Comité dans la révision des documents présentés au Comité régional pour adoption. Le Dr Sanou a félicité le Directeur régional et son personnel pour la qualité et la pertinence des documents techniques.

Vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/3)

71. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que le rapport fournit une mise à jour des progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD liés à la santé, décrit les défis à relever et propose des perspectives. L'analyse des progrès réalisés se fonde sur les données fournies par la Division de statistique des Nations Unies et les Statistiques sanitaires mondiales de 2008 et 2009. Les tendances sont évaluées sur la base des données de la période allant de 1990 à l'année la plus récente pour laquelle des informations étaient disponibles en juillet 2009.

72. Le rapport note que la plupart des pays de la Région africaine n'ont pas fait des progrès suffisants vers l'atteinte des cibles des OMD. Seuls six pays sont en bonne voie pour atteindre la cible 4 (réduire le taux de mortalité infantile) alors que la Région n'a pas fait de progrès vers l'atteinte de la cible 5. Un tiers seulement de la population à un stade avancé de l'infection à VIH dans la Région avait accès à des antirétroviraux en 2007 (Cible 6). Alors que la proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide a augmenté entre 1999 et 2006 dans les 18 pays disposant de données conjoncturelles, les taux de couverture ont été inférieurs à 50 % (Cible 6). Cinq pays seulement sont en bonne voie pour atteindre la cible pour la tuberculose. Neuf pays sont en bonne voie pour atteindre la cible relative à l'approvisionnement en eau potable, alors que deux pays seulement sont en bonne voie pour atteindre la cible relative aux services d'assainissement de base (Cible 7).

73. Les principaux défis que les pays doivent relever pour atteindre les OMD sont l'insuffisance des ressources ; la faiblesse des systèmes de santé ; les inégalités en matière d'accès aux interventions ayant fait leurs preuves ; la faible réponse multisectorielle ; la faible priorité accordée à la santé dans les politiques économiques et de développement nationales; et l'insuffisance des données conjoncturelles pour un certain nombre d'indicateurs.

74. Les actions proposées comprennent : consacrer au moins 15 % des dépenses publiques au secteur de la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja de 2001 ; renforcer les systèmes de santé en mettant intégralement en œuvre la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique ; accorder davantage d'attention aux domaines dans lesquels les progrès ont été jusque-là limités ; renforcer les partenariats internationaux, le leadership et les capacités institutionnelles ; améliorer le suivi des progrès vers la réalisation de OMD ; et adhérer au principe « Trois fois un ».

75. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/3.

76. Le Comité régional a remercié le Secrétariat pour le rapport qui fait la synthèse des données de la Région et fournit une vue d'ensemble des progrès réalisés et des défis à relever en vue d'atteindre les OMD. Les délégués se sont dit préoccupés du fait que le rapport a omis certaines données et, parfois, utilisé des données non actualisées. Ils ont recommandé que l'OMS améliore le processus de collecte des données des pays ou établisse un mécanisme permettant aux pays de collecter et de présenter régulièrement des données normalisées dans un format permettant la comparaison.

77. Les délégués ont fait part de leur expérience nationale dans la mise en œuvre d'interventions visant à atteindre les OMD, ainsi que des obstacles auxquels ils ont été confrontés. On a noté que dans certains pays, la drépanocytose contribue pour une large part à la mortalité maternelle et infantile. La conclusion générale des discussions est qu'en dépit des efforts consentis par les pays, le rythme actuel de mise en œuvre est insuffisant pour atteindre les OMD.

78. Le Secrétariat a apprécié les efforts déployés par les pays pour atteindre les OMD et a apporté des clarifications sur le processus d'obtention de données actualisées pour la mise au point finale du rapport. Conformément aux recommandations du Sous-Comité du Programme en juin 2009, on a demandé à tous

les pays de fournir les données les plus récentes sur les indicateurs des OMD pour qu'elles soient incorporées dans le rapport, et la plupart des pays l'ont fait.

79. Le Secrétariat a aussi donné des précisions concernant la méthodologie convenue pour la collecte, la validation et la normalisation des données, qui permet d'établir des comparaisons d'une année à l'autre et d'un pays à l'autre. Du fait de la faiblesse des systèmes d'information sanitaire des pays, un système a été mis en place pour permettre aux institutions des Nations Unies de recueillir des données, de calculer les niveaux des indicateurs et d'évaluer les tendances. Ceci explique en grande partie certaines des divergences apparentes entre les données présentées dans le rapport et les données des pays. Le Secrétariat a assuré les délégués que l'OMS continuera à œuvrer avec les pays pour renforcer le suivi des tendances en ce qui concerne l'atteinte des OMD.

80. Concernant la drépanocytose, le Secrétariat a informé les délégués qu'étant donné la prise de conscience de son importance dans la Région et de l'intérêt croissant de la communauté internationale, il a été proposé que ce sujet figure à l'ordre du jour de la 60^{ème} session du Comité régional.

81. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/3 intitulé Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire (document AFR/RC59/4)

82. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique est axé sur neuf grands domaines prioritaires, à savoir : le leadership et la gouvernance pour la santé; la prestation de services de santé; les ressources humaines pour la santé; le financement de la santé; l'information sanitaire; les technologies sanitaires; l'appropriation et la participation communautaires; les partenariats pour le développement sanitaire; et la recherche pour la santé.

83. Les recommandations proposées pour renforcer le *leadership et la gouvernance pour la santé* sont les suivantes : institutionnaliser l'action intersectorielle pour améliorer les déterminants de la santé ; actualiser la politique nationale de la santé conformément à l'approche des soins de santé primaires (SSP) et aux autres stratégies régionales; mettre à jour le plan stratégique national ; et fournir des services de santé essentiels complets. Pour accroître l'efficacité de la *prestation de services de santé*, les pays doivent fournir des services de santé essentiels complets, intégrés, appropriés et efficaces ; concevoir des modèles de prestation de services axés sur les êtres humains et estimer leurs coûts ; et assurer l'organisation des services et la coordination des parties prenantes afin de promouvoir et d'améliorer l'efficacité et l'équité.

84. Pour améliorer la *gestion des ressources humaines pour la santé (RHS)*, les pays doivent élaborer des politiques et plans complets fondés sur des bases factuelles ; renforcer les capacités des institutions d'enseignement pour intensifier la formation des prestataires de santé nécessaires ; renforcer les capacités de gestion et de leadership ; et mobiliser des ressources pour le développement des ressources humaines. Pour améliorer le *financement du système de santé*, les pays doivent élaborer des politiques et des plans complets de financement de la santé ; institutionnaliser les comptes nationaux de santé en vue d'un meilleur suivi des dépenses ; renforcer les aptitudes en gestion financière à tous les niveaux ; et mettre en œuvre la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

85. S'agissant des *technologies sanitaires*, les pays doivent améliorer l'accès aux technologies sanitaires sûres et de qualité ; élaborer des politiques et des plans nationaux sur les technologies sanitaires ; améliorer l'accès à des médicaments traditionnels de qualité ; élaborer des normes et des standards pour la sélection, l'utilisation et la gestion de technologies sanitaires appropriées ; et instaurer un

système transparent et fiable pour l'achat de technologies sanitaires. Pour une véritable *participation communautaire* au développement sanitaire, les pays doivent créer un cadre propice à cette fin ; renforcer les capacités communautaires ; réorienter le système de prestation de soins de santé pour en améliorer l'accès et l'utilisation par les communautés ; et recourir à des stratégies de promotion de la santé pour donner aux communautés les moyens d'adopter des modes de vie plus sains.

86. Pour renforcer les *partenariats* pour le développement sanitaire, les pays peuvent avoir recours à des mécanismes tels que le Partenariat international pour la Santé Plus (IHP+) et l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique pour promouvoir l'harmonisation et l'alignement conformément à l'approche des soins de santé primaires ; et adopter la collaboration intersectorielle, les partenariats public-privé et la participation de la société civile à la formulation des politiques et à la prestation de services.

87. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/4.

88. Les délégués ont félicité le Secrétariat d'avoir fourni un cadre générique pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, qui guidera les pays dans l'opérationnalisation de la Déclaration. Ils ont reconnu la pertinence des neuf domaines prioritaires mis en exergue dans la Déclaration et souligné la nécessité d'aligner les politiques nationales de santé et les plans stratégiques avec ces priorités.

89. Les pays ont fait part de leur expérience dans la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou, notamment la mise à jour des politiques nationales de santé, des plans stratégiques et des lois et décrets de santé publique ; la révision des paquets de services de santé essentiels ; la préparation de propositions pour le renforcement des systèmes de santé avec l'appui de GAVI et du Fonds mondial ; et le renforcement des systèmes de santé de district grâce au développement des capacités dans les domaines de la planification, de la budgétisation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation. D'autres s'attachent à renforcer les capacités des établissements de formation ; à recruter des personnels ; à trouver de nouvelles approches pour motiver et fidéliser les personnels ; à trouver des voies et moyens d'établir un régime d'assurance maladie ; à fournir des services de santé gratuits à certains groupes vulnérables ; à utiliser des approches novatrices des technologies sanitaires comme la cyber-santé et la télémédecine ; à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ; à établir de nouveaux mécanismes pour faire participer les

communautés ; à promouvoir le recours aux agents de santé communautaires ; et à renforcer les partenariats et les mécanismes de coordination.

90. Les États Membres ont mis en exergue certains des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou et ont demandé à l’OMS de continuer à leur fournir un appui dans les domaines prioritaires. Ils ont aussi exprimé le besoin d’une assistance technique pour l’élaboration d’un cadre pour l’achat, la normalisation, l’entretien et l’homologation du matériel.

91. Le Secrétariat a remercié les États Membres d’avoir fait part de leur expérience et des questions qu’ils ont soulevées. Il a souligné qu’il s’agit d’un cadre générique qui doit être adapté en fonction des particularités nationales. L’OMS continuera à appuyer les États Membres dans leurs efforts de renouvellement des SSP et de renforcement des systèmes de santé.

92. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/4 intitulé Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire.

Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d’Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/5)

93. Le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé que la Déclaration d’Alger, adoptée lors de la Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine de juin 2008, a renouvelé l’engagement des États Membres à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, d’information sanitaire et de gestion des connaissances pour améliorer la santé en Afrique. Le cadre vise à faciliter la mise en œuvre de la Déclaration.

94. Les actions proposées pour le *renforcement du leadership et de la coordination* comprennent la création d’un groupe de travail national pluridisciplinaire élargi, la création au sein du ministère de la santé d’une unité de recherche en santé, d’information sanitaire et de gestion des connaissances, la réalisation d’une analyse de la situation, l’élaboration d’une politique et d’un plan stratégique national, la mise en place ou le renforcement de mécanismes de coopération tels que les partenariats public-privé, sud-sud et nord-sud, et la création de centres régionaux d’excellence.

95. Les actions proposées pour *améliorer la disponibilité et la qualité de l'information et des bases factuelles* comprennent l'identification et l'intégration des sources existantes d'information fiable ; la mise en place de procédures garantissant la disponibilité d'une information de qualité ; l'accroissement de la fréquence des enquêtes démographiques et sanitaires nationales ; l'achèvement de la série de recensements de 2010 ; le renforcement de l'enregistrement des naissances et des décès, la conduite de la surveillance et la collecte des données statistiques sur les services ; l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire ; la promotion d'une recherche innovante et le recours aux revues systématiques ; ainsi que le renforcement des mécanismes institutionnels pour une évaluation éthique et scientifique.

96. Les actions proposées pour *améliorer la diffusion et le partage de l'information, des bases factuelles et des connaissances* comprennent le soutien à la création de bibliothèques de la santé et de centres d'information sanitaire ; la garantie de la disponibilité de matériels imprimés et électroniques dans les formats et langues appropriés ; la publication des bases factuelles existantes sur les systèmes de santé et la facilitation de la production de connaissances dans les domaines prioritaires ; la mise en place de mécanismes pour étayer les connaissances empiriques et les meilleures pratiques ; et l'enregistrement des publications locales dans les répertoires internationaux pertinents.

97. Les actions proposées pour *améliorer l'utilisation de l'information, des bases factuelles et des connaissances* comprennent la garantie que les responsables politiques et les décideurs fassent partie du processus d'établissement des programmes ; le renforcement de leur capacité à avoir accès aux bases factuelles et à les appliquer ; l'amélioration du partage et l'application de l'information, des bases factuelles et des connaissances empiriques ; la promotion des réseaux régionaux et nationaux de chercheurs, de décideurs et de responsables politiques ; ainsi que la recherche translationnelle et opérationnelle.

98. Les actions proposées pour *améliorer l'accès à l'information sanitaire, aux bases factuelles et aux connaissances disponibles à l'échelle mondiale* comprennent la promotion d'une plus grande utilisation des répertoires ; l'amélioration du recours aux localisateurs d'expertise et aux réseaux sociaux ; et la promotion des revues gratuites et l'accès institutionnel aux publications protégées. Les actions proposées pour *élargir le recours aux technologies de l'information et de la communication pour la santé (cyber-santé)* comprennent l'évaluation des technologies disponibles pour identifier celles qui répondent aux demandes locales ; la garantie de

l'interopérabilité des divers systèmes ; et l'élaboration des applications et des bases de données accessibles sur l'Internet.

99. Les actions proposées pour *améliorer les ressources humaines* comprennent le renforcement des capacités ; la planification de la formation professionnelle continue ; et la création d'un environnement propice pour attirer et fidéliser des ressources humaines de haute qualité. Les actions proposées pour *améliorer le financement* comprennent la mise à disposition des ressources financières suffisantes ; l'allocation à la recherche en santé et au renforcement des capacités d'au moins 2 % des dépenses nationales de santé et d'au moins 5 % de l'aide extérieure ; et l'allocation de ressources suffisantes aux systèmes d'information sanitaire et de gestion des connaissances.

100. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/5.

101. Le Comité régional a réaffirmé l'importance du Cadre et partagé quelques expériences dans la mise en œuvre de ses composantes – information sanitaire, recherche en santé et gestion des connaissances – notamment l'élaboration de politiques nationales, la création de comités nationaux et d'unités techniques nationales, la mise au point de sites Web pour le partage de l'information et des connaissances, et le renforcement de la capacité institutionnelle en matière de recherche. Les difficultés rencontrées par les États Membres sont liées au manque de ressources et de capacités, à la faible utilisation de la technologie moderne, et au manque d'alignement de la recherche sur les besoins et priorités nationaux. Le Comité régional a demandé à l'OMS d'élaborer des lignes directrices et des outils susceptibles d'aider les pays à mettre en œuvre le Cadre et à plaider en faveur des ressources nécessaires.

102. En réponse, le Secrétariat a indiqué que l'OMS mettait actuellement au point des outils pour la mise en œuvre du Cadre d'Alger. L'OMS œuvrera aussi avec tous les acteurs et partenaires concernés à l'intensification des efforts en vue d'accroître les capacités nationales en matière de recherche, d'information et de gestion des connaissances.

103. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC59/5 intitulé Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine.

Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux
(document AFR/RC59/6)

104. Le Président du Sous-Comité du Programme a signalé qu'à la suite de l'adoption de la stratégie et du plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (CIPIH) par l'Assemblée mondiale de la Santé, la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a souligné la nécessité d'assurer une synergie dans la mise en œuvre des résolutions et décisions antérieures connexes. Le document propose des actions pour examen par les États Membres.

105. En vue *d'établir les priorités et de promouvoir la recherche-développement*, les pays doivent recenser les initiatives de recherche et déterminer les lacunes et les opportunités pour renforcer la mise au point des produits de santé ; élaborer des programmes de recherche fondés sur des données factuelles afin de déterminer les besoins de santé publique prioritaires pour la mise au point des produits de santé ; veiller à ce qu'il y ait une synergie dans la mise en œuvre des résolutions et décisions antérieures liées à la stratégie et au plan d'action, y compris les déclarations d'Alger et de Ouagadougou et l'Appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé ; mettre en place et renforcer des réseaux nationaux de chercheurs et d'instituts de recherche pour promouvoir le partage de l'information sur les initiatives de recherche, les résultats et les innovations. Les pays doivent aussi *renforcer et améliorer la capacité d'innovation* en renforçant les systèmes de recherche en santé, en harmonisant les politiques et règlements, en créant et en renforçant des centres d'excellence, en développant les capacités des ressources humaines, et en établissant des liens avec des organismes scientifiques d'envergure régionale et internationale.

106. Afin *d'appliquer et gérer la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique*, les pays doivent veiller à ce que l'application et la gestion de l'Accord ADPIC soient mieux comprises ; élaborer et réviser les politiques, lois et règlements pour les rendre conformes aux ADPIC ; et adapter et appliquer les outils et lignes directrices destinés à protéger et à préserver les connaissances médicales traditionnelles. Pour *renforcer la collaboration avec les organisations internationales et les partenaires concernés*, les pays doivent forger/ou renforcer des liens de collaboration avec les organisations et les acteurs concernés et surveiller l'impact des accords commerciaux sur l'accès aux produits de santé.

107. Pour *renforcer le transfert de technologies*, les pays doivent créer un environnement politique et réglementaire favorable, investir davantage dans la

science et la technologie, favoriser le transfert de technologies sur d'autres produits de santé et renforcer la collaboration entre les pays et les organisations concernées. Pour *améliorer la distribution et l'accès*, les pays doivent appliquer les politiques et les réglementations nationales destinées à renforcer les systèmes de santé et d'approvisionnement en médicaments, surveiller et réglementer les prix des médicaments, promouvoir la compétition sur le marché pharmaceutique et, d'autre part, créer et renforcer les capacités de réglementation, promouvoir la bonne utilisation des produits de santé, y compris les médicaments traditionnels, et créer un groupe de personnes dotées des connaissances et compétences requises dans les domaines de la propriété intellectuelle et des produits pharmaceutiques.

108. Pour *promouvoir des mécanismes de financement durables*, les pays doivent envisager de fournir et de mobiliser durablement des financements suffisants pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux. Ils doivent par ailleurs *mettre en place des systèmes de suivi et de notification* pour suivre la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux à l'aide des indicateurs de progrès définis dans la résolution WHA61.21 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

109. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/6.

110. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour le document et fait des propositions pour l'améliorer. Les délégués ont fait observer que la pénurie de ressources humaines qualifiées dans le domaine de la propriété intellectuelle peut faire obstacle à la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (CIPIH), y compris la conformité avec l'Accord ADPIC et les décisions ultérieures visant à protéger la santé publique. Ils ont demandé à l'OMS et à ses partenaires d'appuyer les pays dans la mise en œuvre de la CIPIH en renforçant les capacités institutionnelles et de production, et en promouvant les groupes de travail intergouvernementaux. Il a été suggéré de renforcer la coopération régionale eu égard aux questions relatives à la propriété intellectuelle, à la recherche et à la mise au point de produits de santé, y compris de médicaments traditionnels.

111. Le Secrétariat a accueilli avec satisfaction les suggestions et réaffirmé le soutien continu de l'OMS au renforcement des capacités et à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la CIPIH.

112. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/6 intitulé Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux.

Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/7)

113. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé qu'en mai 2009, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011. La résolution permet aux bureaux de l'OMS, à tous les niveaux, d'établir leurs plans de travail pour le biennium 2010-2011. Le présent document décrit les priorités de la Région africaine en matière de santé et donne des orientations pour la mise en œuvre du Budget Programme de l'OMS pour le biennium 2010-2011.

114. Une analyse des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays a révélé que les principales priorités régionales en matière de santé sont le renforcement des politiques et systèmes de santé ; la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ; l'accélération de la riposte aux flambées de maladies et aux situations d'urgence, y compris aux catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ; l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; la lutte contre les maladies tropicales négligées ; la maîtrise des facteurs de risque des maladies non transmissibles ; et la promotion de l'intensification des interventions de santé ayant fait leur preuve et d'un bon rapport coût-efficacité.

115. Les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre des budgets programmes précédents ont trait à la hausse constante des contributions volontaires, souvent allouées à des actions précises, sans une augmentation des contributions fixées. Alors que le montant des contributions fixées est connu d'avance et peut donc être facilement affecté, celui des contributions volontaires est plus qu'aléatoire. En outre, l'expérience antérieure montre que, dans la mise en œuvre du budget programme, des dépenses imprévues interviennent souvent. Par conséquent, il est nécessaire de constituer une réserve sur les contributions fixées, au début du biennium, pour faire face aux imprévus.

116. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que le Budget Programme 2010-2011 comporte trois chapitres : i) les programmes de l'OMS, couvrant les activités pour lesquelles l'OMS détient un contrôle budgétaire exclusif ; ii) les accords de partenariat et de collaboration (PCA), que l'OMS exécute en collaboration avec des partenaires ; et iii) la riposte aux flambées et aux crises (OCR),

couvrant la riposte de l'OMS aux catastrophes naturelles et provoquées par l'homme. Le budget global approuvé pour les programmes de l'OMS, n'incluant pas des fonds destinés à la riposte aux flambées et crises et aux partenariats, s'élève à US \$3 367 907 000. La Région africaine recevra US \$925 684 000, soit 27,4 % du budget global de l'OMS. En termes de sources de financement, un montant de US \$209 600 000 (soit 23 %) proviendra des contributions fixées, et un montant de US \$716 084 000 (77 %) des contributions volontaires.

117. Le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que la Région africaine bénéficiera d'allocations budgétaires supplémentaires pour les accords de partenariat et de collaboration, ainsi que pour la riposte aux flambées et crises, au titre des contributions volontaires, à hauteur de US \$256 439 000 et US \$80 750 000, respectivement. L'allocation budgétaire totale de la Région africaine s'élève par conséquent à US \$1 262 864 000, dont 83 % au titre des contributions volontaires et 17 % au titre des contributions fixées. Les bureaux pays de l'OMS recevront 64 % des fonds régionaux, et le Bureau régional, y compris les Équipes d'appui interpays, 36 % de ces fonds. Étant donné que les allocations destinées aux Équipes d'appui interpays doivent être dépensées dans les pays, la part du montant total qui sera dépensée au niveau des pays s'établit en fait à 81 %. Le solde de 19 % représente la part réelle qui sera dépensée au niveau du Bureau régional.

118. La répartition proposée du budget par objectif stratégique traduit l'importance que l'on attache aux maladies transmissibles (objectif stratégique 1, avec 34 % du budget), et notamment au partenariat mondial et à l'engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Avec 16 % du budget proposé, la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (objectif stratégique 2) vient en deuxième position. Les activités du Secrétariat de l'OMS, y compris le renforcement de la présence de l'Organisation dans les États Membres (objectifs stratégiques 12 et 13), recevront 14 % du Budget Programme.

119. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/7.

120. Le Directeur régional a rappelé aux délégués que le Budget Programme 2010-2011, tel qu'approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, est soumis pour solliciter les orientations du Comité régional pour sa mise en œuvre dans la Région africaine. Il a observé que des domaines prioritaires tels que la santé maternelle, les maladies non transmissibles (la drépanocytose, par exemple), la promotion de la santé, le renforcement des systèmes d'information sanitaire, et la recherche-

développement, y compris la mise au point de vaccins, ne bénéficient pas de financements suffisants. Il a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils envisagent de verser des contributions supplémentaires pour permettre au Secrétariat de fournir l'appui requis pour ces domaines prioritaires, conformément au paragraphe f) de l'article 50 de la Constitution de l'OMS.

121. Le Président a constitué un comité composé de l'Afrique du Sud, de l'Angola, du Burundi, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, de la Guinée équatoriale, du Lesotho et du Nigeria, pour délibérer et proposer les étapes et les modalités de la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique, ainsi que du versement de contributions financières au Programme africain pour un vaccin contre le sida.

122. Le Comité régional a adopté, sans amendement, le document AFR/RC59/7 : Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine.

Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/8)

123. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé qu'à sa cinquante-troisième session tenue en 2003, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose. Toutefois, bien qu'il y ait eu des améliorations dans l'accès aux traitements, les résultats positifs obtenus sont compromis par l'apparition de formes pharmacorésistantes d'infection à VIH, de tuberculose et de paludisme. Le principal objet du document est de proposer aux États Membres des mesures relatives à la prévention et à la lutte contre la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine.

124. Le Président a souligné que la nécessité d'entreprendre le traitement antirétroviral (TAR) pendant toute la durée de la vie et les taux élevés de répllication et de mutation du VIH signifient que le phénomène de pharmacorésistance pourrait apparaître même chez des personnes suivant un traitement approprié et s'y conformant. Selon les estimations faites dans le cadre d'enquêtes récentes couvrant des centres de soins prénatals dans plusieurs pays de la Région africaine, la résistance à toutes les catégories d'antirétroviraux est de moins de 5 %. En 2007, 27 pays ont notifié des cas de tuberculose MR, et six ont notifié au moins un cas de tuberculose UR. À la suite de la résistance généralisée à la chloroquine et à la sulfadoxine-

pyriméthamine , tous les pays de la Région dans lesquels le paludisme est endémique, à l'exception de deux, ont changé de politique de traitement pour adopter les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Jusqu'à présent, il n'y a pas de résistance confirmée aux ACT dans la Région africaine.

125. Les principaux défis sont liés à la faiblesse des systèmes de santé, et notamment à l'accès limité aux services de santé, aux insuffisances des systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks, aux capacités limitées des infrastructures de laboratoire, au manque général de contrôle de l'infection au niveau des communautés et des établissements de santé, à l'insuffisance des ressources humaines, et aux problèmes de logistique.

126. Les mesures proposées comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies permettant d'améliorer l'accès à un diagnostic correct et à un traitement précoce efficace; le développement des capacités humaines nécessaires pour la prévention et la prise en charge de la pharmacorésistance; le renforcement des réseaux nationaux et infranationaux de laboratoires de santé pour la surveillance de la pharmacorésistance; le renforcement de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la mise en place de systèmes de surveillance de la pharmacorésistance et de l'efficacité des médicaments; la mise en œuvre de mesures de lutte contre la tuberculose MR et la tuberculose UR; le plaidoyer en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux outils de diagnostic et médicaments; et la mobilisation de ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la pharmacorésistance, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

127. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC59/8 et le projet de résolution AFR/RC59/WP/2 s'y rapportant.

128. Le Comité régional a félicité le Directeur régional d'avoir soumis un document pertinent en temps voulu sur une question d'une telle importance pour la Région africaine. Les délégués ont procédé à un échange d'informations sur les niveaux de pharmacorésistance dans leur pays et sur les mesures prises pour contrôler l'efficacité des médicaments et s'attaquer aux causes potentielles de pharmacorésistance, par exemple l'accès insuffisant à des médicaments efficaces, la mauvaise observance du traitement, la disparition de nombreux cas lors du suivi, les carences des capacités de laboratoire, l'insuffisance des ressources humaines et l'utilisation de médicaments contrefaits et de mauvaise qualité.

129. Les délégués ont demandé au Secrétariat de préciser que l'introduction de la chimiothérapie de brève durée en 1993 n'était pas entièrement responsable de l'absence de contrôle de l'infection, contrôle nécessaire pour réduire la transmission de la tuberculose, de la tuberculose MR et de la tuberculose UR ; au contraire, le fait d'avoir relégué à l'arrière-plan l'isolement lié à cette approche contribue à la faiblesse actuelle du contrôle de l'infection. Des préoccupations ont d'autre part été exprimées face aux difficultés liées à l'application des lignes directrices concernant le traitement antipaludique sur la base du diagnostic confirmé, sauf pour les enfants de moins de cinq ans. Le coût élevé des médicaments de deuxième et troisième intentions est un obstacle à la réalisation de l'accès universel au traitement et augmente encore le risque de pharmacodépendance.

130. Les participants ont estimé qu'il faut renforcer les réseaux de laboratoires nationaux afin d'améliorer la détection et le suivi de la pharmacorésistance et faciliter le fonctionnement de réseaux sous-régionaux de contrôle de l'efficacité des médicaments. Les délégués ont d'autre part invité l'OMS à promouvoir le partage des meilleures pratiques et des résultats de la recherche sur les médicaments de remplacement, y compris ceux de la médecine traditionnelle, et à plaider auprès de partenaires et de dispositifs de financement comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en faveur d'un accroissement des ressources pour la surveillance et le suivi de la pharmacorésistance.

131. Le Secrétariat a remercié les délégués et fait savoir que les amendements proposés seraient pris en considération lors de la révision du document et de la résolution s'y rapportant. Il a par ailleurs reconnu que l'application des bonnes pratiques en matière de prescription, notamment en ce qui concerne le traitement antipaludique, est un défi commun à toute la Région et qu'il faut s'employer à renforcer les capacités des cliniciens et autres prescripteurs pour garantir l'observance des lignes directrices thérapeutiques. Même s'il faut appuyer les réseaux de contrôle de l'efficacité des médicaments pour qu'ils effectuent des tests d'efficacité sur les ACT, il est conseillé aux pays dont les capacités de laboratoire sont limitées de faire appel aux laboratoires agréés par l'OMS dans les pays voisins.

132. Pour mieux prévenir la résistance aux médicaments contre le VIH, le Secrétariat a recommandé de renforcer le suivi des patients et de miser sur des systèmes de soutien dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. Les délégués ont été informés qu'il est important d'améliorer la performance des programmes systématique de traitement antituberculeux pour prévenir la tuberculose MR, et il a été conseillé de faire appel au Comité Feu vert qui facilite l'accès des pays à des antituberculeux de seconde intention de qualité et de coût abordable.

133. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/8 : Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives, ainsi que la résolution AFR/RC59/R2 s’y rapportant.

Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/9)

134. Le Président du Sous-Comité du Programme a noté que la Région africaine représente 86% des épisodes de paludisme et 91% des décès dus au paludisme dans le monde entier. Il a fait référence à l’engagement en faveur de la lutte antipaludique qui a abouti à l’appel du Secrétaire général des Nations Unies pour une couverture universelle des interventions antipaludiques d’ici 2010 pour toutes les personnes à risque du paludisme.

135. Il a indiqué qu’avec un taux de couverture élevé du paquet complet d’interventions de prévention et de lutte contre le paludisme, il est possible d’obtenir une réduction rapide du fardeau du paludisme, comme cela a été mis en évidence en Afrique du Sud, au Botswana, en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, au Rwanda, à Sao Tome et Principe et au Swaziland. Le passage de la phase de contrôle du paludisme (c’est-à-dire ramener le fardeau du paludisme à un niveau où il n’est plus un problème de santé publique) à la phase de son élimination (interruption de la transmission du paludisme par les moustiques) devrait être considéré comme un processus continu.

136. Les défis à relever par les pays sont notamment l’absence de politiques et de stratégies exhaustives; l’implication insuffisante du secteur privé; les retards entre l’adoption des politiques et leur mise en application; la qualité de la mise en œuvre des interventions ; les capacités limitées en ressources humaines ; et la faiblesse des systèmes de santé qui a un effet négatif sur la performance des programmes. Les insuffisances dans l’harmonisation et l’alignement par les partenaires, et dans l’harmonisation et l’utilisation des ressources sont préjudiciables à l’intensification des interventions.

137. Il a été noté que pour les pays situés dans des zones de transmission stables, il est nécessaire d’avoir une phase de consolidation avant de procéder à la réorientation du programme vers la pré-élimination en recourant à l’approche STEP, puis vers l’élimination et la prévention de la réintroduction de la transmission du paludisme.

138. Les mesures proposées comprennent l'actualisation des politiques et des plans stratégiques; le renforcement des programmes nationaux de lutte contre le paludisme; l'amélioration des systèmes d'achat et d'approvisionnement en produits antipaludiques ; l'accélération de la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves aux fins de couverture universelle et d'impact ; la consolidation de la lutte dans les pays où le paludisme est endémique; le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; le passage de la lutte à la pré-élimination et à l'élimination lorsque les circonstances s'y prêtent; l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation par tous les partenaires; la mobilisation de ressources suffisantes; et le renforcement de la recherche.

139. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document AFR/RC59/9 et le projet de Résolution AFR/RC59/WP/3 y afférent au Comité régional pour adoption.

140. Le Comité régional a félicité l'OMS pour la qualité du document et de la résolution y afférente, et s'est félicité de l'appui technique, financier et logistique fourni pour l'élimination du paludisme dans la Région africaine. Les délégués ont partagé leurs expériences sur les mesures prises jusqu'à présent en vue d'atteindre l'objectif dans leurs pays respectifs, y compris la révision de leurs plans stratégiques ; l'intensification des interventions de prévention telles que la pulvérisation intérieure résiduelle, la couverture universelle des moustiquaires imprégnés d'insecticide ; le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse ; et le diagnostic précoce et le traitement effectif par la thérapie combinée à base d'artémisinine. Il a été observé que l'élimination du paludisme ne pouvait être possible par des interventions médicales uniquement, étant donné qu'il existe des facteurs socioéconomiques, environnementaux, nutritionnels, culturels et comportementaux associés à la maladie. L'accent a été mis sur l'importance de l'engagement à long terme, indépendamment des autres priorités.

141. Les délégués ont exprimé leur préoccupation quant au délai fixé pour la réalisation de l'objectif, surtout en raison des défis identifiés qui comprennent l'insuffisance des ressources humaines pour la santé et le manque de ressources financières. L'importance des partenariats a été soulignée et l'initiative Faire reculer le paludisme et le Fonds mondial ont été remerciés pour leur contribution. Il a été rappelé au Comité régional que le délai butoir pour l'objectif est maintenant fixé à 16 mois environ et que les pays se doivent d'accélérer le rythme. L'importance du leadership et de la volonté politique a été soulignée en tant que préalable à la bonne utilisation des ressources.

142. Les États Membres ont réitéré la nécessité de la surveillance entomologique, de la lutte contre le vecteur et de la gestion de l'environnement. L'on a également discuté du changement climatique et de ses conséquences sur la prévalence du paludisme. Les délégués ont souligné la nécessité de la lutte intégrée contre le vecteur, y compris des mesures environnementales qui seraient fondées sur des données locales, ainsi que la surveillance de la résistance aux insecticides. Se référant aux succès obtenus dans le programme de lutte contre l'onchocercose, les délégués ont recommandé l'adoption d'une approche régionale, y compris la collaboration transfrontalière, et l'implication des communautés et des dirigeants traditionnels. Les délégués ont également demandé des éclaircissements sur l'utilisation du DDT pour la lutte contre le vecteur et la situation de la mise en œuvre de la Convention de Stockholm en ce qui concerne la situation particulière de l'Afrique. Il a été proposé d'amender la résolution afférente pour refléter la position de la Région sur la mise en œuvre de la Convention de Stockholm.

143. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs observations et contributions et a rappelé au Comité régional l'intérêt et l'appui du monde à l'Afrique dans la lutte antipaludique. Le Secrétariat a félicité les États Membres pour leur engagement et s'est félicité des progrès énormes accomplis dans la réduction de la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans bon nombre de pays. Il a également observé qu'en dépit des succès, il existe des défis dans la prise en charge à domicile ; la mobilisation communautaire ; et la surveillance pour pouvoir produire les données nécessaires à la mise à jour régulière et au suivi des progrès. L'on a également noté la nécessité de lier la recherche aux programmes. L'importance de la collaboration transfrontalière a été soulignée et les pays ont été encouragés à utiliser les mécanismes de financement existants tels que le Fonds mondial.

144. Concernant l'utilisation du DDT dans la lutte contre le paludisme, les États Membres ont été informés que la position de l'OMS n'a pas change, tel qu'indiqué dans le document intitulé « L'utilisation du DDT dans la lutte contre le paludisme – déclaration de position de l'OMS, 2007 », qui est conforme à la Convention de Stockholm.

145. Le Directeur régional s'est félicité des excellentes contributions et des nouvelles possibilités de s'inspirer des progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme et dans son élimination. Il a observé que les outils pertinents existent, mais ils devraient être disponibles à tous pour utilisation au niveau national en vue de la lutte contre le paludisme et de son élimination. Dr. Sambo a souligné que la mise en œuvre de la Convention de Stockholm ne devrait pas être suspendue et que les effets du

changement climatique devraient être combattus dans le cadre de la gestion de l'environnement. La nécessité de la coordination des partenariats pour renforcer les programmes nationaux antipaludiques en vue de l'intensification des interventions a été soulignée. Se référant à différentes initiatives mondiales et régionales en soutien à la lutte contre le paludisme et à son élimination, il a exprimé son optimisme et sa confiance, tout en reconnaissant qu'il reste beaucoup à faire.

146. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/9: Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine, ainsi que la résolution AFR/RC59/R3 y afférente.

S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/10)

147. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a indiqué que les maladies tropicales négligées (MTN) que l'on trouve généralement dans la Région africaine sont le ver de Guinée (ciblé pour être éradiqué), la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine (ciblées pour être éliminées), la schistosomiase, les géohelminthiases, l'ulcère de Buruli, le pian et autres tréponématoses endémiques, et le trachome (ciblés pour être contrôlés). On estime que les MTN affectent un milliard de personnes dans le monde, l'Afrique supportant 90 % du fardeau total de ces maladies.

148. La prévalence de la filariose lymphatique a été réduite après la mise en place d'une chimioprophylaxie préventive pour plus de 53 millions de personnes dans la Région, dans le cadre de la stratégie de traitement à base communautaire. La prévalence du ver de Guinée a ainsi été ramenée de 3,5 millions de cas en 1985 à 3 770 cas en 2007. La lèpre avait été éliminée au niveau national dans les 46 États Membres à la fin de l'année 2007.

149. En dépit de ces résultats significatifs, la Région est toujours confrontée à des défis tels que le faible taux de couverture des interventions, notamment dans les zones rurales qui ne sont pas d'accès facile; la promotion inadéquate de la mise en œuvre intégrée d'interventions ciblant des maladies spécifiques et de la mise en œuvre conjointe d'activités avec d'autres interventions à base communautaire; la non-disponibilité de médicaments appropriés; les capacités limitées en termes de ressources humaines compétentes; et l'insuffisance des ressources financières.

150. Les mesures proposées sont notamment le renforcement des systèmes de santé; le renforcement du leadership et de l'appropriation; la rationalisation et le

renforcement des systèmes nationaux de gestion des médicaments; le renforcement des activités d'appui; l'intensification des interventions pour l'éradication du ver de Guinée; la réorganisation et le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; la collaboration avec les partenaires pour intensifier la recherche opérationnelle et clinique; l'organisation de visites conjointes pour le plaidoyer et l'élaboration de stratégies efficaces de plaidoyer ; et la réduction de la pauvreté et de la stigmatisation.

151. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/10.

152. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la qualité du document et partagé des informations sur la situation des MTN qui sont un sujet de préoccupation en matière de santé publique au niveau des pays, ainsi que pour les efforts visant à éliminer ou à éradiquer ces maladies. Les délégués ont observé que les MTN sont associées à la pauvreté, les zones rurales et les bidonvilles en portant le plus lourd fardeau. Les délégués ont également insisté sur l'interaction en synergie qui existe entre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles, et ont proposé une approche globale pour la prise en charge de ces maladies. Les principaux défis rencontrés comprennent l'existence de priorités concurrentes, l'allocation de ressources limitées, le manque de durabilité des financements, et la faiblesse des systèmes de santé.

153. Les États Membres ont été invités à parler d'une même voix dans tous les forums pour faire appeler l'attention sur les MTN. La nécessité d'une concertation des efforts nationaux, régionaux et mondiaux dans la mobilisation des ressources a été soulignée. Un certain nombre de suggestions ont été faites pour améliorer la situation : expansion du Fonds mondial pour inclure les MTN et/ou création d'un fonds autonome pour les MTN ; renforcement des partenariats public-privé ; renforcement accru des capacités ; renforcement des systèmes de santé ; mobilisation de la participation des communautés ; renforcement de la collaboration intersectorielle ; et mobilisation de l'appui international pour des médicaments sains, efficaces et d'un coût abordable. Les délégués ont demandé du soutien pour renforcer les capacités et prévenir la transmission transfrontalière des maladies, particulièrement celles qui ont déjà été éliminées dans certains pays.

154. Le Secrétariat a exprimé sa gratitude pour les excellentes contributions des délégués et réaffirmé qu'il est prêt à apporter aux pays l'appui nécessaire pour

examiner les questions et défis identifiés, y compris les questions liées à la transmission transfrontalière et au financement.

155. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC59/10 : *S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine.*

Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/11)

156. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a défini les centres d'excellence pour la surveillance et la lutte contre la maladie (CEDSC) comme « *un réseau d'établissements de santé sélectionnés pour appuyer la surveillance de la maladie, les services de laboratoire et de réglementation alimentaire et pharmaceutique* ». L'objectif général des CEDSC est d'appuyer les efforts en cours visant à renforcer les capacités nationales essentielles pour la surveillance de la maladie, y compris, l'application du Règlement sanitaire international, les services de laboratoire de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique, par l'amélioration de la collaboration et de la coopération au sein d'un même État Membre et entre les États Membres.

157. L'absence de politique nationale et de cadre juridique pour guider la création de CEDSC et la faiblesse des systèmes de santé sont les obstacles majeurs à la création de ces centres et à la prestation subséquente de services de surveillance de la maladie, de laboratoire, et de réglementation alimentaire et pharmaceutique de qualité. La majorité des États Membres ont des capacités limitées ou inexistantes pour contrôler et réglementer l'importation d'aliments et de médicaments, ce qui se traduit par une prolifération des ventes de médicaments et de produits alimentaires de mauvaise qualité sur le marché libre.

158. Les mesures proposées consisteront notamment à faire une évaluation des ressources nationales disponibles, à élaborer des cadres politiques nationaux sur les CEDSC, à mener un plaidoyer auprès des directions et ministères pertinents sur la nécessité de créer un CEDSC intégré, à élaborer des plans nationaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, et à assurer le financement et la viabilité des centres.

159. Le Sous-comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/11, ainsi que du projet de résolution AFR/RC59/WP/4 y afférent.

160. Le Comité régional s'est félicité de la présentation du document, a donné des détails sur les expériences des pays et examiné la question de la disponibilité des politiques, plans et feuilles de route au niveau national pour guider l'action des laboratoires existants. Les délégués ont reconnu qu'il faudrait du temps pour créer des centres d'excellence et souligné le rôle important du plaidoyer et du contrôle des installations existantes. Ils se sont dit préoccupés par l'absence de protocoles pour l'assurance de qualité dans bien des laboratoires de la Région.

161. La nécessité d'associer les groupements économiques régionaux, et notamment d'instaurer une collaboration transfrontalière pour créer des centres d'excellence, a été mise en relief. Là où il n'existe pas d'organisations sanitaires régionales, comme en Afrique centrale, les délégués ont préconisé la création d'une entité capable de faciliter la mise sur pied de centres régionaux d'excellence. Les délégués ont demandé l'appui du Secrétariat pour élaborer des cadres appropriés, notamment des politiques et des cadres juridiques.

162. Le Secrétariat a remercié les États Membres de leurs observations et de leur contributions, et il a assuré le Comité régional qu'il était prêt à aider à mettre au point des lignes directrices et des cadres pour la création de centres d'excellence.

163. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC59/11: Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique, ainsi que la résolution AFR/RC59/R4 y afférente.

Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle
(document AFR/RC59/12)

164. Le Président du Sous-Comité du Programme a signalé que le 11 juin 2009, l'OMS a relevé le niveau d'alerte à la pandémie de grippe à la phase 6, après le constat que les critères scientifiques définissant une pandémie de grippe ont été remplis, et que, au 15 juin 2009, neuf pays de la Région africaine avaient signalé des cas suspects. Il a rappelé que des pandémies de grippe sont survenues en 1918, en 1957 et en 1968.

165. Dans le cadre de la riposte organisée par l'OMS à l'échelle mondiale, le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied des comités de gestion de la crise aux niveaux du Bureau régional, des équipes d'appui interpays et des bureaux de pays. En outre, l'OMS a envoyé plus d'un million de doses d'oseltamivir, un médicament antiviral, et

des matériels de protection individuelle (PPE) à tous les pays de la Région. Les États Membres de la Région ont réagi à la menace de pandémie en réactivant leurs comités de gestion des épidémies et sont en train d'actualiser leurs plans de préparation et de riposte. Aussi bien lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine que lors de la Réunion extraordinaire des Ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, qui s'est tenue à Kinshasa du 9 au 11 mai 2009, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à mobiliser les ressources nécessaires pour atténuer les effets potentiels d'une pandémie de grippe en Afrique.

166. Les principaux enjeux et défis que doivent relever les États Membres sont les suivants: les effets négatifs potentiels d'une pandémie de grippe sur les populations et sur les systèmes de santé de la Région africaine; l'effet potentiel de la pandémie de grippe sur les systèmes de santé ; la sensibilisation limitée du public aux questions de santé; l'inadéquation de la planification et de la préparation; les systèmes limités de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation, y compris le fait que le Règlement sanitaire international (2005) n'est pas pleinement appliqué; les capacités limitées des laboratoires; la coordination inadéquate des activités de riposte; l'inadéquation de la lutte contre la transmission des infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et la mobilisation et l'allocation insuffisantes de ressources.

167. Les mesures proposées pour permettre aux États Membres de se préparer aux effets d'une pandémie de grippe et de les atténuer comprennent : l'atténuation de leur impact potentiel sur les populations et les systèmes de santé; la sensibilisation accrue du public aux questions de santé; le renforcement de la planification et de la préparation; l'intensification de la mise en œuvre de toutes les composantes des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation; la prise en considération des capacités de laboratoire limitées pour le dépistage; la coordination efficace des activités de riposte; le renforcement de la lutte contre la transmission des infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et l'amélioration des mécanismes de mobilisation et d'allocation de ressources.

168. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/12 et du projet de Résolution AFR/RC59/WP/5 y afférent.

169. Le Comité régional a félicité l'OMS pour la prompte riposte et le leadership efficace, ainsi que pour l'appui technique, financier et logistique fourni pour s'attaquer à la pandémie. Les délégués ont partagé leurs expériences sur les mesures prises jusqu'à présent pour se préparer face à la pandémie et pour y répondre. Il

s'agit notamment de la mise en place de comités multisectoriels et de groupes de travail ; de la réactivation des plans de riposte ; de l'organisation de campagnes de sensibilisation du public, d'enquêtes et de prise en charge des cas ; du stockage d'antirétroviraux et de matériels de protection ; et du renforcement des capacités de laboratoire et des systèmes de surveillance dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) et de la stratégie de Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR).

170. Les délégués ont réitéré la nécessité de l'engagement politique au plus haut niveau pour faciliter la mobilisation et l'affectation des ressources, ainsi que la collaboration multisectorielle. Ils ont demandé à l'OMS de plaider pour cet engagement auprès des gouvernements nationaux. Il a été observé qu'avec l'augmentation continue du nombre de cas, les États Membres auraient besoin d'un appui supplémentaire de la communauté internationale. Les délégués ont demandé à l'OMS de veiller à l'accès aux vaccins et à leur sécurité lorsqu'ils seront disponibles. L'accent a été mis sur la collaboration inter pays, y compris la relance de la collaboration transfrontalière.

171. Des éclaircissements ont été demandés sur la vaccination des pèlerins, le dépistage de masse, la fermeture des institutions, la prise en charge des femmes enceintes et la création du « Fonds africain pour les urgences de santé publique ».

172. Le Secrétariat a informé le Comité régional sur la situation actuelle de la pandémie dans la Région africaine. Il a été signalé que 23 pays avaient notifié 5500 cas et 27 décès au 31 août 2009. Un Plan régional de riposte d'une valeur de US \$31 millions a été préparé et US \$715 000 mobilisés, dont US \$400 000 ont servi à l'organisation de la Conférence régionale sur la pandémie de grippe A(H1N1) 2009 à Johannesburg. Le Comité régional a été informé que les 2% de contributions fixées, soit US \$4 millions, qui avaient été retenues au début du biennium, seraient utilisés pour appuyer la mise en œuvre du plan régional et d'activités spécifiques aux pays.

173. Le Secrétariat a informé les participants que les besoins exprimés lors de la conférence de Johannesburg comprenaient l'intensification de l'IEC et des efforts de mobilisation sociale, l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la surveillance, une meilleure disponibilité des médicaments et du matériel de protection individuelle, la disponibilité et la sécurité des vaccins et davantage de recherche, y compris la recherche sur les groupes sensibles en raison de maladies telles que la tuberculose, le VIH/Sida, le paludisme et la malnutrition.

174. Le Directeur régional a fait observer que même si la Région africaine de l'OMS reçoit environ 28% du budget global de l'OMS, cette part est insuffisante pour appuyer des programmes prioritaires tels que les systèmes d'information sanitaire, la création de l'Observatoire africain de la santé, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la santé, la recherche, la promotion de la santé maternelle et de la santé en général. Il a rappelé aux délégués que l'article 50 de la Constitution de l'OMS prévoit des contributions supplémentaires des États Membres pour appuyer le travail de l'Organisation et que la mise en place du « Fonds africain pour les urgences de santé publique » contribuera à résorber l'énorme déficit de financement du Budget Programme de l'OMS.

175. Le Directeur général de l'OMS a corroboré la déclaration du Directeur régional, à savoir que la Constitution de l'OMS permet aux pays de fournir des financements supplémentaires pour les activités de l'OMS. Elle a rappelé aux délégués les discussions tenues sur le financement des activités de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2009 et a informé le Comité régional que les niveaux de financements actuels ne permettent pas la prise en charge effective des activités de l'Organisation. Par conséquent, elle tiendra des consultations pour examiner la question.

176. Le Directeur général a informé les participants des efforts déployés pour veiller à ce que les pays en développement aient accès aux vaccins contre la grippe A (H1N1) lorsqu'ils seront disponibles, y compris ses discussions avec le Secrétaire général des Nations Unies sur cette question. Elle a insisté sur le fait qu'aucun pays en développement ne devrait se trouver démuni face à la pandémie. Elle a fait savoir aux délégués que la pandémie est à la fois une question politique et technique et a conseillé aux pays de s'inspirer des expériences en matière de communication, de port de masques, de pression pour la fermeture des institutions, d'affectation des ressources, de causes de situations de panique et d'insuffisances dans les connaissances actuelles.

177. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/12: Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle, ainsi que la résolution AFR/RC59/R5 y afférente.

Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine (document AFR/RC59/14)

178. Dans son rapport, le Président du Sous-Comité du Programme a noté que la réduction de la mortalité rougeoleuse contribue substantiellement à la réalisation du

quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4), et que le taux de couverture de la vaccination anti-rougeoleuse de routine est un indicateur clé pour mesurer les progrès vers cet objectif. Grâce à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région africaine, le nombre estimatif de décès par rougeole a diminué de 89 % entre 2000 et 2007. Ceci est en grande partie dû aux améliorations de la couverture vaccinale de routine et à la vaccination de 396 millions d'enfants contre la rougeole, dans le cadre des activités de vaccination supplémentaire (AVS) entre 2001 et 2008. Le rôle crucial de l'Initiative contre la rougeole, qui a aidé à mobiliser des ressources financières et a apporté un soutien technique à la Région africaine, a été salué.

179. Compte tenu de la réduction substantielle des décès dus à la rougeole dans la Région, le Groupe consultatif technique africain sur la rougeole a proposé l'adoption d'un objectif de pré-élimination de la rougeole à atteindre d'ici 2012. Cette proposition a été adoptée par le Groupe de travail régional africain sur la vaccination en décembre 2008.

180. Les principales difficultés qu'il reste à surmonter pour éliminer la rougeole dans la Région africaine sont la persistance d'une incidence élevée et des flambées de rougeole à grande échelle dans certains pays, la nécessité d'un engagement et d'un leadership continus des États Membres, l'accès insuffisant aux services de vaccination qui sont par ailleurs de faible qualité, la faible qualité des données de suivi de la couverture vaccinale, l'exécution peu satisfaisante de la surveillance et la faible mobilisation des ressources.

181. Les mesures proposées sont notamment les suivantes : renforcer les systèmes de santé; atteindre des taux de couverture élevés et organiser des activités de vaccination supplémentaire de qualité; remédier aux lacunes de la surveillance et à la faible qualité des données de suivi de la vaccination; œuvrer en faveur de l'appropriation nationale et de la participation communautaire en vue de l'élimination de la rougeole d'ici 2020 ; et adopter au niveau régional l'objectif d'élimination de la rougeole.

182. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional d'adopter le document AFR/RC59/14.

183. Les délégués ont félicité le Directeur régional et le Secrétariat pour la pertinence et la qualité du document. Ils ont pris note avec satisfaction des progrès accomplis dans la réduction de la mortalité due à la rougeole dans la Région. Lors d'échanges

d'expériences, ils ont souligné qu'il était important d'atteindre une couverture élevée de la vaccination de routine et ont insisté sur le rôle complémentaire des activités de vaccination supplémentaire. Ils ont fait observer que le leadership, les approches multisectorielles, la participation et l'appropriation communautaires, le recours à des campagnes supplémentaires et des campagnes intégrées pour la survie de l'enfant, y compris la supplémentation en vitamine A, ainsi que l'amélioration de la surveillance fondée sur les cas, étaient autant d'aspects essentiels à la réalisation des cibles fixées pour la lutte antirougeoleuse.

184. Ils ont d'autre part évoqué certains des défis auxquels les pays font face, à savoir le faible taux de couverture vaccinale de groupes difficiles à atteindre comme les nomades et les réfugiés, la faiblesse des systèmes de santé, dont les services de vaccination de routine ne sont pas solidement implantés, l'insécurité et les situations de post- conflit.

185. Les délégués ont reconnu que l'OMS et d'autres partenaires ont contribué aux progrès réalisés et leur ont demandé de continuer à soutenir les efforts déployés par les États Membres. Ils leur ont demandé de poursuivre leurs efforts pour mobiliser les ressources nécessaires afin d'atteindre l'objectif de l'élimination de la rougeole. Une proposition a été faite pour envisager de revoir la population cible en vue d'élargir la tranche d'âge ciblée par les campagnes de vaccination et d'augmenter la fréquence de celles-ci.

186. Le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs observations et propositions et les a informés que la discussion prenait le relais de discussions antérieures qui se sont déroulées pendant la réunion du Conseil exécutif de l'OMS dans le cadre de l'Initiative mondiale d'élimination de la rougeole. Le Secrétariat a salué les réalisations remarquables des pays africains eu égard à la réduction de la mortalité imputable à la rougeole et à l'atteinte des objectifs d'élimination de la rougeole.

187. Il a été souligné le fait que l'élimination de la rougeole ne peut se faire que si les États Membres renforcent leurs services de vaccination de routine, appliquent pleinement les stratégies connues comme « Atteindre chaque district » et même les amplifient pour en faire « Atteindre chaque enfant », améliorent la surveillance des cas et développent la capacité des laboratoires. Le Secrétariat a reconnu le rôle important joué par le Partenariat contre la rougeole dans la mobilisation des ressources et l'appui à la réduction de la mortalité due à la rougeole, et a réaffirmé que l'OMS et ses partenaires se sont engagés à appuyer les efforts des pays.

188. Le Comité régional a adopté le document AFR/RC59/14 intitulé Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020.

Termes de référence des réunions des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif (document AFR/RC59/13)

189. Le Président du Sous-Comité du Programme a rappelé les termes de référence des réunions des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. Il a noté qu'il est nécessaire de renforcer la coordination entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Groupe africain à Genève et l'Union africaine (UA), en ce qui concerne la participation des délégations de la Région africaine à ces deux réunions. L'importance de s'exprimer d'une seule voix au nom de l'Afrique et d'améliorer la qualité des interventions au cours des débats sur la santé dans le monde a été soulignée.

190. Lors de la quatrième session ordinaire de leur Conférence tenue à Addis Abeba en mai 2009, les Ministres de la Santé de l'Union africaine ont recommandé que la répartition des tâches aux États Membres devant prendre la parole au nom de l'Afrique lors de l'Assemblée mondiale de la Santé se fasse selon les lois et règlements de l'UA. Le présent document examine la question de la coordination et revient sur le document AFR/RC57/INF.DOC/5 qui confie au Coordonnateur du Groupe africain la tâche d'assigner des responsabilités sur des points choisis de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif, en consultation avec l'UA. Par conséquent, les paragraphes 2.1 et 3.1 du document devront être révisés pour tenir compte des recommandations de l'UA.

191. Le Sous-Comité du Programme a recommandé au Comité régional l'adoption du document AFR/RC59/13.

192. Le Coordonnateur du Groupe africain à Genève a félicité le Directeur régional pour sa désignation à l'unanimité qui est conforme à la décision prise par les États Membres de l'Union africaine lors de leur réunion en Lybie en juillet 2009. Il a félicité le Secrétariat pour le document qui définit clairement les rôles et responsabilités de manière à aider les délégués des États Membres d'Afrique à défendre une position commune à l'Assemblée mondiale et au Conseil exécutif. Il a souligné l'importance de la coordination entre le Groupe africain à Genève, le Bureau régional de l'OMS et l'Union africaine.

193. Il a proposé les amendements ci-après au texte du document au point 2.1, ajouter à la fin du paragraphe «en consultation avec l'Union africaine et avec le Directeur régional»; dans la deuxième ligne du point 2.6, remplacer « Coordonnateur du Groupe africain » par « Directeur régional » qui se lira ensuite comme suit « à tous les ministres de la santé de la Région africaine et au Coordonnateur du Groupe africain ... »; le point 2.8 se lira comme suit : «le plus rapidement possible, le Président du Comité régional et le Représentant de l'Union africaine sur la liste provisoire des orateurs, pour la discussion en plénière après l'allocution du Directeur général »; le point 3.6 se lira : « est envoyée par le Directeur régional aux... » et « ... aux ministres de la santé de la Région africaine et au Coordonnateur du Groupe africain... ».

194. Le Directeur régional a remercié le Coordonnateur de la Région africaine pour les compliments que lui a faits le Groupe africain à Genève. Il s'est félicité également de ce que l'on ait confié au Bureau régional le rôle important de liaison entre le Groupe africain à Genève, l'UA et les délégués des États Membres à l'Assemblée mondiale et au Conseil exécutif. Il a exprimé la volonté de continuer à fournir le meilleur soutien possible au bon déroulement des fonctions du Groupe africain à Genève.

195. Le Directeur régional a indiqué que les termes de référence des réunions ont été adoptés en 2007. Le projet de document révisé suit les propositions faites par les États Membres pendant la dernière Assemblée mondiale (2009) en vue de rehausser le rôle que remplissent l'UA et les ambassadeurs de la Région africaine à Genève en apportant le soutien nécessaire aux États Membres qui participent aux sessions de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif. Il a ajouté que les amendements qui figurent dans le document AFR/RC59/13 ont été approuvés par les délégués des États Membres présents à l'Assemblée mondiale (2009). Il a ajouté que la coordination à ce niveau n'est pas toujours facile mais que le Bureau régional fera de son mieux pour faciliter la participation des États Membres aux travaux de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif.

196. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/13 : Termes de référence des réunions des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif.

DOCUMENTS D'INFORMATION

197. Le Comité régional a pris note des documents d'information suivants : Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS :

rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/1) ; Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine : rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/2) ; Application du Règlement sanitaire international (RSI) dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/3) ; Rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC59/INF.DOC/4) ; Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/5) ; et Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/6).

198. En ce qui concerne le document sur l'accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : rapport de situation, les délégués ont demandé la modification de la section sur les prochaines étapes, à la lumière des niveaux élevés de co-infection tuberculose-VIH ; du nombre limité des accouchements institutionnels, réduisant ainsi à un niveau minimal l'accès aux services de PTME ; du faible niveau d'utilisation des services de dépistage du VIH à l'initiative des prestataires de services (PITC) ; de la pratique courante de multiplicité des partenaires sexuels sur une même période, qui est un facteur majeur de propagation des épidémies. À la lumière de la crise économique actuelle, il a été proposé de réévaluer la réponse au niveau des pays en vue de mettre un plus grand accent sur la prévention. La Région a été encouragée à intensifier les efforts du Programme africain pour un vaccin contre le sida et à veiller à l'intégration des services de lutte contre la tuberculose et l'infection à VIH, tandis que l'OMS a été invitée à fournir des lignes directrices plus claires pour les PITC.

199. Considérant l'intérêt manifesté et les orientations fournies par le Comité régional ; l'intervention de M. F. Mogae, ancien Président du Botswana et Président des Champions pour une génération sans VIH ; l'intervention de Mme Jeannette Kagame, Première Dame de la République du Rwanda, sur le Programme africain pour un vaccin contre le sida ; l'intervention de M. Jorge Sampaio, ancien Président du Portugal et Envoyé spécial des Nations Unies pour l'initiative Halte à la Tuberculose ; l'allocution de M. Sidibe, Directeur exécutif de l'ONUSIDA ; et l'engagement du Secrétaire général des Nations Unies ; le Directeur régional a proposé que le Secrétariat élabore un projet de résolution AFR/RC59/R7, à présenter à l'examen du Comité régional. Une résolution intitulée : Appel pour une action intensifiée pour la prévention du VIH et la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région africaine, a alors été élaborée par le Secrétariat puis adoptée par le Comité régional comme la résolution AFR/RC59/R7.

200. Le Directeur régional a invité les États Membres à actualiser les données sur l'état de mise en œuvre du RSI et à en améliorer l'application, en particulier pour ce qui est de l'adoption des instruments législatifs et réglementaires.

RECRUTEMENT INTERNATIONAL DES PERSONNELS DE SANTÉ : PROJET DE CODE DE PRATIQUE MONDIAL (document AFR/RC59/16)

201. Le document rappelle qu'afin d'apporter une solution mondiale à l'augmentation significative du nombre d'agents de santé migrants au cours des dernières décennies, ainsi qu'à l'affaiblissement subséquent des systèmes de santé déjà fragiles dans des pays faisant face à une crise de personnels de santé, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2004 la résolution WHA57.19 qui prie le Directeur général d'élaborer un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé, en consultation avec les États Membres et tous les partenaires concernés.

202. Les objectifs du Code sont les suivants : i) élaborer et promouvoir des principes, normes et pratiques volontaires pour le recrutement international des personnels de santé; ii) servir de référence dans le domaine du recrutement international des personnels de santé, ainsi que dans la formulation et la mise en œuvre des mesures appropriées et iii) faciliter et promouvoir la discussion au niveau international et favoriser la coopération sur les questions liées au recrutement international des personnels de santé, en mettant l'accent sur la situation des États Membres faisant face à un déficit important en personnels de santé.

203. Après une série de consultations avec différentes parties prenantes, le Secrétariat a élaboré un premier projet de code pratique OMS sur le recrutement international des personnels de santé en août 2008. Par la suite, un débat public mondial a été organisé sur le Web sur ce premier projet et des discussions informelles tenues dans les comités régionaux OMS de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental en 2008. En janvier 2009, la 124^e session du Conseil exécutif a examiné le projet de code de pratique et convenu que d'autres consultations et la participation effective des États Membres sont essentielles, y compris des discussions au cours des six réunions des Comités régionaux en 2009. Le document AFR/RC59/16 a ensuite été élaboré dans ce contexte.

204. Le Comité régional a accueilli avec satisfaction le document sur le recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial. Divers pays ont reconnu la situation précaire de leurs personnels de santé. Des préoccupations ont été exprimées au sujet des implications juridiques du code de

pratique, particulièrement au cas où il restreindrait la libre circulation des personnels. Le fait que le document n'aborde pas les questions controversées telles que la compensation des pays d'origine constitue également un sujet de préoccupation.

205. Les délégués ont fait les propositions suivantes : i) le code devrait garantir la protection des droits des agents de santé migrants concernés; ii) le recrutement actif et la commercialisation devraient être découragées; iii) il est nécessaire de reconnaître que les systèmes de santé s'affaiblissent en raison de la migration des personnels de santé, d'où la nécessité de les remplacer; iv) il est nécessaire de renforcer la production de personnels de santé en utilisant des programmes novateurs dans le cadre des soins de santé primaires; v) un soutien devrait être fourni aux pays d'origine pour la formation de personnels de remplacement, y compris la création d'un fonds à cet effet; vi) il est nécessaire d'encourager la coopération sud-sud pour garantir des accords appropriés en termes d'échange de personnels. Un certain nombre d'amendements ont été proposés sur le projet de résolution AFR/RC59/WP6/Rev.2.

206. Le Secrétariat s'est félicité des contributions des délégués et des chefs de délégation, et a fourni les éclaircissements sollicités. Il a été expliqué que la question de la compensation des pays d'origine est examinée en vue d'une reformulation et qu'elle serait convenablement reflétée dans la version révisée. Il a été noté par ailleurs que ce document est un projet qui fait l'objet de discussions dans les Comités régionaux de toutes les régions de l'OMS. Les observations des Comités régionaux seront rassemblées et soumises au Conseil exécutif pour examen en janvier 2010, et par la suite à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 pour décision quant à son adoption, après les nécessaires amendements fondés sur les observations reçues de toutes les régions.

207. Le Comité régional a adopté, avec des amendements, le document AFR/RC59/16 sur le recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial, ainsi que la résolution AFR/RC59/R6 y afférente sur la Migration des personnels de santé : code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

**CORRÉLATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITÉ RÉGIONAL, DU
CONSEIL EXÉCUTIF ET DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**
(document AFR/RC59/17)

208. Le président du Comité régional a invité les délégués à faire des observations sur le document. La première partie du document définit les modalités de mise en œuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-vingt-deuxième session du Conseil exécutif. Il s'agit des résolutions suivantes :

- a) Changement climatique et santé (EB124R.5);
- b) Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables (WHA62.1);
- c) Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris (WHA62.12);
- d) Médecine traditionnelle (WHA62.13);
- e) Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (WHA62.14);
- f) Tuberculose multirésistante et ultrarésistante: prévention et lutte (WHA62.15);
- g) Santé publique, innovation et propriété intellectuelle: stratégie et plan d'action mondiaux (WHA62.16).

209. La deuxième partie du document présente l'ordre du jour de la cent-vingt-sixième session du Conseil exécutif et l'ordre du jour provisoire de la soixantième session du Comité régional.

210. La troisième partie du document contient le projet de décisions de procédure visant à faciliter les travaux de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives à la méthode de travail et à la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

211. Le Comité régional a pris note de la méthode de travail et de la durée de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et pris des décisions de procédure sur les pays désignés à servir lors de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et lors du Conseil exécutif, et a désigné les représentants de la deuxième catégorie 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).

212. Le Comité régional a approuvé le document et adopté les décisions de procédure y afférentes.

DATES ET LIEUX DES SOIXANTIÈME ET SOIXANTE ET UNIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC59/18)

213. Mr Sander Edward Haarman, Directeur de l'administration et des finances, a présenté le document.

214. Après discussions, le Comité régional a réaffirmé que sa soixantième session se tiendra en Guinée équatoriale, en 2010. Il a été également convenu que la soixante-et-unième session se tiendra soit en Angola, soit en Côte d'Ivoire et que la soixantième session du Comité régional déciderait des lieux des soixante-et-unième et soixante-deuxième sessions, sur la base d'une proposition conjointe que devront soumettre l'Angola et la Côte d'Ivoire.

ADOPTION DU RAPPORT DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (document AFR/RC59/19)

215. Le rapport de la cinquante-neuvième session du Comité régional (document AFR/RC59/19) a été adopté, avec de légers amendements.

CLÔTURE DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Motion de remerciements

216. L'Honorable Beth Mugo, Ministre de la Santé publique et de l'Assainissement du Kenya, a lu, au nom des délégués, une motion de remerciements à l'endroit du Président, du Gouvernement et du peuple de la République du Rwanda, pour avoir accueilli la cinquante-neuvième session du Comité régional. Cette motion a été adoptée par le Comité régional qui en a fait la résolution AFR/RC59/R8.

Mot de clôture du Directeur régional

217. Dans son mot de clôture, le Dr Luis Gomez Sambo, Directeur régional, a reconnu le succès de la cinquante-neuvième session du Comité régional, qui est dû au

ferme engagement des États Membres à améliorer la santé des Africains, et à la qualité des contributions des délégations des États Membres aux travaux.

218. Le Directeur régional a remercié le Président, le Gouvernement et le peuple du Rwanda pour leur immense contribution au succès de la session du Comité régional et pour leur merveilleuse hospitalité. Il a également remercié les Ministres de la Santé et les délégations pour leur inestimable contribution au succès de la session, tout en reconnaissant l'honneur fait à sa personne et à son pays, l'Angola, à la suite de sa désignation au poste de Directeur régional pour un deuxième mandat.

219. Le Directeur régional a en outre remercié les dirigeants nationaux et internationaux, notamment M. Festus Mogae, ancien Président du Botswana et Président des Champions pour une génération sans VIH ; M. Jorge Sampaio, ancien Président du Portugal et Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour l'initiative Halte à la Tuberculose ; Mme Jeannette Kagame, Première Dame du Rwanda et Haute Représentante du Programme africain pour un vaccin contre le sida ; Mme Afoussatou Thiero Diarra, Membre de la Cour suprême du Mali ; M^e Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine, qui était empêchée et retenue ailleurs par d'autres engagements, au début de la session, mais qui a pu rejoindre Kigali pour prendre part à la suite des travaux ; M. Michel Sidibe, Directeur exécutif de l'ONUSIDA ; ainsi que les Chefs des autres Agences des Nations Unies, pour leur participation à la session et aux autres séances spéciales organisées en marge du Comité régional, y compris la célébration de la toute première Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine.

220. Le Dr Sambo a remercié le Dr Richard Sezibera, Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional et Ministre de la Santé du Rwanda, pour sa flexibilité et son ouverture, ainsi que pour le brio avec lequel il a conduit les travaux qui ont été couronnés de succès.

221. Le Directeur régional a réitéré que les points débattus au cours de la session et les résolutions adoptées sont d'une importance cruciale et pourraient contribuer à relever les défis de santé dans la Région africaine, si les mesures préconisées sont effectivement mises en œuvre. Il a déclaré qu'il existe des politiques, stratégies et orientations pertinentes, et qu'il est temps de mettre l'accent sur leur mise en œuvre pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Il a indiqué que la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou figurera à l'ordre du jour des prochaines sessions du Comité régional, afin de continuer à mettre en exergue l'importance du renforcement des systèmes de santé, notamment au niveau du district et au niveau local, pour appuyer la mise en œuvre des interventions sanitaires prioritaires.

222. Le Dr Sambo a rappelé que le Comité régional a décidé de créer le Fonds africain pour les urgences de santé publique, conformément à l'article 50 de la Constitution de l'OMS, et a assuré la session qu'il plaiderait auprès des Chefs d'État pour qu'ils versent des contributions au Fonds.

223. Le Directeur régional a informé les délégués des inondations en cours dans certains pays d'Afrique de l'Ouest tels que le Burkina Faso et le Sénégal, tout en soulignant leurs effets néfastes sur la santé des populations, et a invité instamment les États Membres à faire preuve de solidarité en apportant l'aide nécessaire aux pays touchés.

224. Le Dr Sambo a remercié les partenaires et les représentants de GAVI et du Fonds mondial pour leur participation au Comité régional, et a lancé un appel en faveur de l'amélioration de la coordination et du renforcement des partenariats en vue d'un meilleur alignement de leur appui pour la mise en œuvre des politiques et des plans nationaux.

225. Pour conclure, le Dr Sambo a remercié le Secrétariat de l'OMS pour son soutien et a réitéré l'engagement de l'équipe de l'OMS à soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à renforcer leurs systèmes de santé.

Mot de clôture du Président

226. Dans son mot de clôture, le Dr Richard Sezibera, Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional, a félicité les délégués pour les meures prises pour s'attaquer aux problèmes de santé auxquels est confrontée la Région. Il a déclaré que la session s'est tenue à un moment où le monde fait face à de nombreuses crises, et a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils veillent à la mise en œuvre des décisions prises par le Comité régional pour sauver des vies en Afrique.

227. Le Président a exprimé la gratitude du Gouvernement et du peuple du Rwanda au Comité régional pour l'opportunité qui leur a été donnée d'accueillir la session et pour l'honneur qui lui a été fait personnellement à la suite de son élection comme Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional. Il s'est engagé à veiller à ce que les activités du Comité régional au cours de l'année à venir contribuent à la mise en œuvre du programme commun de promotion de la santé des populations de la Région, d'autant plus qu'il s'agit non seulement d'une obligation, mais aussi d'une exigence de saine gestion économique.

228. Le Président a félicité le Dr Luis Gomes Sambo pour sa désignation au poste de Directeur régional pour un deuxième mandat et l'a assuré de l'appui du Comité régional dans la conduite des efforts de l'Afrique dans la lutte contre la maladie. Il a également félicité le Gouvernement et le peuple de Guinée équatoriale pour leur engagement à accueillir la soixantième session du Comité régional.

229. Le Président a ensuite déclaré close la cinquante-neuvième session du Comité régional.

PARTIE III

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

1 . REPRESENTANTS DES ÉTATS
MEMBRES

ALGÉRIE

Dr Rachid Bouakaz
Directeur des Services de Santé
Alger

M. Messaoud Belkessam
Conseiller, Ministère de la Santé
Alger

M. Chergui Smaïl
Attaché diplomatique, Ambassade
d'Algérie à Kampala

ANGOLA

Dr José Viera Dias Van-Dúnem
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Luanda

Dr Adelaide de Fátima dos Santos
Fernandes de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública
C.P. 1201
Luanda

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional Ministério da Saude
C.P. 1487
Luanda

Dr Filomeno Forte
Directeur de la Lutte contre la Maladie
Ministère de la Santé
Luanda

M. Manuel Gomes dos Santos
Secrétaire général
Ministère des Relations extérieures
Luanda

Dr João José Bastos dos Santos
Assessor do Ministro
Rua Comandante Dangereux
66/08 – Bairro Alvalade
Luanda

Mr José Paim
1º Secretário Embaixada de Angola
Kigali

Mr Gonçalves Pedro
Ministro Conselheiro do Ministério das
Relações Exteriores
Luanda

Mr Manuel Arão Domingos
Assessor do Vice Ministro das Relações
Exteriores
Luanda

Dr Miguel Kiassekoka
Conseiller du Ministre de la Santé
CP 1615
Luanda

M. Carlos Alberto António
Directeur national de la
Communication
Rua 17 Setembro nº1, Cidavealta
Luanda

Dr Filomena Wilson Chocolate
Directeur de la Promotion de la Santé
/Ministère de la Santé
Luanda

Ms Alice Mendonça
Assessor Casa Civil do Presidente da
República
Luanda

Mr António Castelo Branco
Advisor
Casa Civil do Presidente da República
Palácio Presidencial
Luanda

Mr Sebastião Manuel Quixito
Directeur adjoint du Cabinet Ministère
des Relations extérieures
Luanda

Mr Tiago João António
Primeiro Secretário da Embaixada de
Angola na Etiópia
Addis-Ababa

BÉNIN

Prof. Issifou Takpara
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
03 BP 1371
Cotonou

Dr Valère Goyito
Secrétaire général
Ministère de la Santé
04 B.P 388
Cotonou

Dr Laurent Assogba
Directeur national de la Protection
sanitaire
Cotonou

M. Christian Lodjou
Conseiller technique du Ministre
Cotonou

BOTSWANA

Mrs Lesego Ethel Motsumi
Minister of Health
Head of Delegation
Private Bag 0038
Gaborone

Mr Newman Kahiya
Permanent Secretary
Gaborone

Ms Shenaaz El-Halabi
Director of Public Health
Dept of Public Health
Private Bag 00269
Gaborone

Ms Naledi Moipone Mlaudzi
Private Secretary
Gaborone

BURKINA FASO

M. Seydou Bouda
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
03 BP 7009, Ouagadougou 03
Ouagadougou

Dr Joseph A Tiendrebeogo
Secrétaire permanent du Conseil
national
de Lutte contre le sida et les IST
03 B.P 7030
Ouagadougou 03

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé
03 B.P 7009
Ouagadougou 03

Dr P. Abdoulaye Nitiema
Secrétaire techn. Plan national
Dév. sanit.
Secrétariat technique du PNDS
Ministère de la Santé
B.P. 7009
Ougadougou

Dr Fatimata Zampaligre
Directrice de la Santé de la Famille
09 B.P. 1283 Ouagadougou 09
Ouagadougou

Dr Salifou Konfe
Directeur régional de la Santé du
Plateau central
10 B.P. 13489 Ouagadougou 10
Ouagadougou

BURUNDI

Dr Emmanuel Gikoro
Ministre de la Santé publique
Bujumbura

Dr Norbert Birintanya
Directeur général de la Santé publique
B.P. 1820
Bujumbura

Dr Onesime Ndayishimiye
Prog. "Maladies tropicales négligées"
Ministère de la Santé publique
Bujumbura

Dr Christine Ndayisenga
Programme national Lèpre-
Tuberculose
Ministère de la Santé publique
B.P.2426
Bujumbura

Dr Donatien Nkurunziza
Responsable technique
Projet Fonds mondial pour la Lutte
contre la Tuberculose
B.P. 2426
Bujumbura

CAMEROUN

M. André Mama Fouda
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Yaoundé

M. Martin Chungong Ayafor
Ambassadeur du Cameroun en
République démocratique du Congo

M. Dieudonné Batamack
Chargé de Mission dans les Services
du Premier Ministre
Yaoundé

Pr. Gervais Ondobo Andze
Directeur de la Lutte contre la Maladie
Yaoundé

Dr Martin Ekeke Monono
Directeur de la Santé familiale
Yaoundé

M. Emmanuel Maina Djoulde
Chef de la Division de la Coopération
Yaoundé

CAP-VERT

Dr Basilio Mosso Ramos
Ministro do Estado e da Saúde
C. P. 47 Praia

Dr Ildo Augusto de Sousa Carvalho
Conselheiro Técnico do Ministério da
Saúde
Ministerio da Saúde
C.P. 47
Praia

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

M. André Nalke Dorogo
Ministre de la Santé publique, de la
Population et de la Lutte contre le Sida
Chef de Délégation
B.P. 883
Bangui

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission au Ministère de la
Santé,
Membre du PSC
Bangui

Dr Philémon Mbessan
Directeur des Études et de la
Planification
Bangui

Dr Louis Namboua
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé Publique, de la
Population et de la Lutte contre le
SIDA
Bangui

Dr Jean Méthode Moyen
Chef de Service de Lutte contre le
Paludisme
Bangui

TCHAD

Dr Ngombaye Djaïbe
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
B. P. 440
N'Djamena

Dr Ali Mahamat Moussa
Secrétaire exécutif national adjoint du
CNLS
B. P. 440
N'Djaména

Dr Mahamat Saleh Younous
Secrétaire général Ministère de la Santé
publique.
B.P. 440
N'Djamena

Dr Brahim Hamid
Directeur général de l'Action sanitaire
régional
B.P. 440
N'Djamena

COMORES

M. Hodhoear Inzouddine
Ministre de la Santé, de la Solidarité et
de la Promotion du Genre
Chef de Délégation
B. P. 1028
Moroni

Dr Moussa Mohamed
Directeur national de la Santé
B. P. 1028
Moroni

RÉPUBLIQUE DU CONGO

Mme Emilienne Raoul
Ministre de la Santé, des Affaires
sociales et de la Famille
BP 545
Brazzaville

Pr Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé
B.P. 78
Brazzaville

Dr Dieudonné Bakala
Directeur central de l'Organisation et
de l'Évaluation
B.P. 545
Brazzaville

Dr Evariste Bouenizabila
Chargé de mission pour le suivi des
stratégies des maladies chroniques et
de la télésanté
B.P. 574
Brazzaville

M. Patrick Elvisse Tsiba Egombo
Magistrat Attaché juridique
B.P. 545
Brazzaville

Dr Deby Gassaye
Conseiller médical du Ministère des
Finances
B.P. 2031
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Allah Kouadio Rémi
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique
Chef de Délégation
BP V4
Abidjan

Dr Assaole N'dri David
Directeur de la Santé communautaire
31 BP 109
Abidjan

M. Kacou Ange Félix
Chargé de mission
Ministère de la Santé et de l'Hygiène
publique
BP V 4
Abidjan

Dr Ekra Kouadio Daniel
Sous-Directeur Chargé de la
Surveillance épidémiologique, de
l'Hygiène générale, des Études et de la
Recherche
22 BP 458
Abidjan

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

Dr André Kasogo Mulamba
Conseiller médical du Ministre de la
Santé publique
Chef de Délégation
N°28/32, Av. Justice - Gombe
Kinshasa

Dr Théophile Bokenge Bosua
Directeur national du Programme
national de l'Hygiène aux Frontières
Kinshasa

Dr Vital Mondonge Makuma
Directeur de la Direction de la Lutte
contre la Maladie
Kinshasa

Dr Augustin Okenge Yuma
Directeur du Programme national de
Lutte contre le Sida
Kinshasa

Dr Benjamin Atua Matindii
Directeur du Programme national de
Lutte contre le Paludisme
Kinshasa

Dr Jean Paul Okiata Kenkana Mayala
Directeur du Programme national de
Lutte contre la Tuberculose
Av. Kabinda en face RTNC
Kinshasa

GUINÉE ÉQUATORIALE

M. Francisco Pascual Obama Asue
Ministre de la Santé et du Bien-Être
social
Malabo

Mme Pilar Djombe Djangane
Conseiller présidentiel en matière
de Soins de Santé
Malabo

M. Victor Sima Oyana
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé et du Bien-Être
social
Malabo

Dr Consuelo Ondo Efua Mangue
Directrice générale de
l'Approvisionnement en médicaments
Malabo

Mme Amparo Efiri Ndumu
Directrice d'infirmierie
Hôpital régional de Bata
Malabo

ÉRYTHRÉE

Mrs Amina NurHussein
Ministrer of Health
Head of Delegation
The Ministry of Health
Asmara

Dr Tesfai Solomon
Director of Health Service Control
Ministry of Health
P.O. Box 212
Asmara

ÉTHIOPIE

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Minister of Health
Head of Delegation
Addis Ababa

Dr Nejmudin Kedir
Director General of Policy, Planning
and Finance Directorate
Ministry of Health
Addis Ababa

Dr Tezeta Hailu
Director of Pastoralist Health
Promotion and Disease Prevention
Directorate
Ministry of Health
Addis Ababa

Dr Amha Kebede
Deputy Director General of EHNRI
Ministry of Health
Addis Ababa

Mrs Roman Tesfay
Director of resource mobilization
Directorate
Ministry of Health
Addis Ababa

GABON

Pr Paul-Marie Loembe
Directeur général de la Santé
Chef de Délégation
Ministère de la Santé
Libreville

Dr Jonasse Solange Antimi
Directeur du Programme national de
Lutte contre le Paludisme
Ministère de la Santé
Libreville

Dr Christiane Mengue M'Asseko
Directeur du Programme de Lutte
contre le VIH/Sida et les Infections
sexuellement transmissibles (PLIST)
Libreville

GAMBIE

Mr Saikou Janneh
Permanent Secretary
Ministry of Health
Head of Delegation
Banjul

Dr Bekai Secka Camara
Director of Health Services
Ministry of Health
The Quadrangle
Banjul

GHANA

Dr Benjamin Kunbuor
Deputy Minister of Health
P.O. Box M 44
Accra

Dr George Amofah
Deputy Director-General
Ghana Health Services
Ministry of Health
P. O. Box M44
Accra

Mrs Salimata Abdul-Salaam
Chief Director
Ministry of Health
P.O. Box M 44
Accra

Dr Frank Kwadjo Nyooanator
Director Policy Planning
Monitoring & Evaluation
Ghana Health Service
Ministry of Health
P. O.Box M44
Accra

Dr Maureen Marteykie Martey
Head, Private Sector Unit
Ministry of Health
P. O. Box M 44
Accra

GUINÉE

Dr Abdoulaye Chérif Diaby
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique
Chef de Délégation
B.P. 585
Conakry

Prof Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller chargé de Mission
BP 4880
Conakry

Dr Robert Camara
Directeur national de l'Hygiène
publique
B. P. 585
Conakry

GUINÉE-BISSAU

Dr Camilo Simões Pereira
Ministre de la Santé publique
B.P. 50, Avenue Unidade Africana
Bissau

Dr Fancisco Alélua Lopes
Director dos Serviços Hospitalares
Bissau

KENYA

Hon. Beth Mugo
Minister of Public Health and
Sanitation
P.O. Box 30016
Nairobi

Dr Francis Kimani
Director of Medical Services
Ministry of Medical Services
P.O. Box 30016 - 00100
Nairobi

Dr Josephine Kibaru
Head Department of Family Health
P. O. Box : 4860
Thika

Dr Stephne Muleshe
Head, International Health Relations
P. O. Box 30016-00100
Nairobi

Dr Isabella Ayagah
AG Head Department of International
Health Relations
P. O. Box 30016 -00100
Nairobi

Dr Ronald Inyangala
Pharmacy and poisons Board
P. O. Box 30016 -00100
Nairobi

Mr Chris Rakuom
Chief Nursing Officer
P. O. Box 30016-00100
Nairobi

Ms Rosalind Murimi
Personal Assistant
Minister of Public Health and
Sanitation
P. O. Box 30016
Nairobi

Mrs Mary Wanjiru
MASLOP – Kenya
P. O. Box 30016-00100
Nairobi

Mr Partick Maina
Ministers Office
Chief Nursing Officer
P. O. Box 30016-00100
Nairobi

Mr Boniface Lwenya
WHO/Kenya
Nairobi

LESOTHO

Dr Mphu Ramatlapeng
Minister of Health (Head of
delegation)
P.O. Box 514
Maseru

Dr Mpolai Maseila Moteetee
Director General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Dr Karabo Mokobocho-Mohlakoana
Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru

Mrs Majoel Mary Makhakhe
Director of Health Planning and
Statistics
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box 514
Maseru

Dr Byron Wehgbiah Zahnwea
Country Health Officer
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box 9009
1000 - Monrovia - Liberia

LIBÉRIA

Honour Dr Walker T. Gwenigale
Minister of Health and Social Welfare
Head of delegation
P.O. Box 101-9009
1000 Monrovia 10 - Liberia

Honour S.Tornorlah Varpilah
Deputy Minister for Planning
Ministry of Health and Social Welfare
P. Box 9009
1000 Monrovia 10 - Liberia

Honour. Jessie Ebba Duncan
Assistant Minister for Prev. Services
P. O. Box 9009
1000 – Monrovia - Liberia

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box: 9009
1000 - Monrovia - Liberia

Dr Ayele Ajavon Cox
Dental Director JFK Medical.Center
Dept Sinkor
P. O. Box 1973
1000 – Monrovia- Liberia

MADAGASCAR

Dr Henri Ranaivoharisoa
Ministre de la Santé et du Planning
familial
Chef de la Délégation
Antananarive

Dr Philémon Bernard Tafangy
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé
Logement III L 97
Antananarive

Dr Rakoto Isidore Mitsimbina
Directeur des Soins de Santé de Base
Antananarive

Mme Raheliarisoa Hantaniaina C.
Jacqueline
Sage Femme, Diplômée d'État
Ministère de la Santé et du Planning
familial
Antananarive

MALAWI

Prof. Moses C. Chirambo
Minister of Health
Head of Delegation
P.O. Box 30377
Lilongwe

Mr C.V. Kang'ombe
Principal Secretary for Health
Ministry of health
P.O. Box 30377
Lilongwe 3

Dr Mountaga Bouare
Conseiller technique
Ministère de la Santé
B. P. 232, Koulenda
Bamako

Mr Patrick Euzebious Zimpita
Director of Planning and Policy
Development
P.O. Box 30377
Lilongwe

Prof. Toumani Sidibe
Directeur national de la Santé
B. P. 233
Bamako

MAURITANIE

Dr Storn .Binton. Kabuluzi
Director of Preventive Health Services
P.O. Box 30377
Lilongwe

Dr Cheikh El Moctar Horma Babana
Ministre de la Santé, Chef de
Délégation
Nouakchott

Dr Damson Dzanjaumaleza Kathyola
Head of Research Unit
P.O.Box 30377
Lilongwe

Dr Niang Saidou Doro
Directeur de la Lutte contre les
Maladies
Ministère de la santé
Nouakchott

Dr Nellie Wadonda-Kabondo
HIV/AIDS Epidemiologist
Community Health Sciences Unit
Private Bag 65 – Mtunthana Drive
Lilongwe

MAURICE

MALI

Mr Oumar Ibrahima Touré
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Bamako

Mr Premhans Jhugroo
Permanent Secretary
Head of Delegation
Ministry of Health and Quality of Life
5th Floor, E. Anguétel Building
Port Louis

MOZAMBIQUE

Mr Ibrahima Sangho
Membre de la délégation
Chargé de communication
Ministère de la Santé
Bamako

Prof Paulo Ivo Garrido
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Maputo

Dr Paula Isabel Samo Gudo
Responsable du Programme national
de lutte contre la Tuberculose
Av. Eduardo Mondlane, 264
Maputo

Dr Musa Ibraimo Hagy
Directeur provincial de la Santé
à Cabo Delgado
Maputo

Dr Jotamo José Comé
Directeur d'hôpital
Maputo

NAMIBIE

Dr Richard Nchabi Kamwi
Minister of Health & Social Services
P/Bag 13198
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

Mr Kahijoro Kahuure
Permanent Secretary:
Ministry of Health and Social Services
Private Bag 13198
Windhoek

Ms Jorokee Tjipura
Director: Tertiary Health Care and
Clinical Support Services
Ministry of Health and Social Services
Private Bag 13198
Windhoek

Ms Elisabeth Sibungo Muremi
Regional Health Director: Kavango
Region
Private Bag 2094
Rundu

Mr Cedric Limbo
Chief Health Programme; Subdivision:
Policy and Planning
Ministry of Health and Social Services
Private Bag 13198
Windhoek

Mrs Katy Van Wyk
PA to the Minister
Ministry of Health and Social Services
Private Bag 13198
Windhoek

Dr Yangazov Yuriy
Medical Superintendent
P. O. Box 2374
Rundu

NIGER

Dr Moussa Fatimata
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
B. P. 11323
Niamey

Mr Illo Adani
Ambassadeur du Niger auprès de
l'Office des Nations Unies à Genève

M^{me} Idi Fatouma Tari Bako
Directrice de l'Organisation des Soins,
Ministère de la Santé publique
B. P. 623
Niamey

Dr Souley Rabi Maitournam
Directrice des Statistiques, de la
Surveillance et Riposte aux Épidémies
Ministère de la Santé publique
B. P. 13378
Niamey

Dr Issoufou Aboubacar
Directeur de la Lutte contre la Maladie
et les endémies
Ministère de la Santé publique
B. P. 623
Niamey

Dr Harouna Amadou
Directeur régional de la Santé publique
B.P. 239
Zinder

NIGÉRIA

Prof Babatunde Osotimehin
Minister of Health
Head of Delegation
Abuja

Dr. J.Y. Jiya
Director Public Health
Federal MoH
Federal Secretariat Phase III
Abuja

Dr Emmanuel Oni Idigbe
Director (Research)
Nigerian Institute of Medical Research
PMB 2013
Lagos

Dr M.M. Lecky
Head, Health Planning
Abuja

Dr Charles Mamman
National Primary Health Care
Development Agency
Abuja

Dr Idoko John
Director General National Agency for
Control of AIDS (NACA)
Abuja

Dr Akudo Ikpeazu
NACA
Abuja

Mr Ruby Rabi
Daily Trust Newspapers
Abuja

Dr David Malgwi
National Primary Health
Care Development Agency
Abuja

Mr Niyi Ojuolape
SA to HMH
Abuja

Mr Ruby Adeniyi
Nigeria Television Authority (NTA)
Abuja

Dr Ogbe Oritseweyimi
Technical Assistant to the
CEO/National Primary Health Care
Development Agency
P. O. Box 9312 – 900001 Garid, FCT
Abuja

RWANDA

Dr Richard Sezibera
Minister of Health
Kigali

Dr Agnes Binagwaho
Permanent Secretary –MoH
Kigali

Dr Stephen Karengera
Director of Planning - MoH
Kigali

Dr Louis Rusa
Coordinateur du Programme de
Financement basé sur la Performance
Kigali

Dr Jean Nkurunziza
Monitoring and Evaluation Officer
MoH
Kigali

Dr Anita Asimwe
Executive Secretary National AIDS
control Commission, CNLS
Kigali

Amb Zephyr Mutanguha
Director General CAMERWA
Kigali

Prof Kramer Michael
Director General TRAC Plus
Kigali

Dr Odette Mukabayire
Director General National Reference
Laboratory
Kigali

Dr Juliet Mbabazi
Ag C.E.O. King Faisal Hospital
P. o. Box 2534 Kacyiru
Kigali

Dr Theobald Hategekimama
Director General CHUK
Kigali

Dr André Musemakweri
Director. General of University
Teaching Hospital
P. O. Box 254
Butare

Dr Bantura Leonard
Director Ngarama Hospital
Minisanté
Kigali

Dr John Nkurikiye
Chief Ophtamologist
King Faisal Hospital
P. O. Box 7088
Kigali

Ms Gloria Tengera
MoH
Kigali

Ms Sarah Umutoni
TA MoH
Kigali

Dr Bonaventure Nzeyimana
Coordonateur de la Task force des
Soins de Santé
B. P 3580
Kigali

Dr Stephen Rulisa
Rwanda Medical Association
Kigali

Ms Mary Murebwayire
Director of Nursing Department-MoH
Kigali

Dr Innocent Gakwaya
Head of Medic. Council and RAMA
Kigali

Dr Alfred Twagiramungu
Medical Director at Bushenge Hospital
Minisante
Kigali

Dr Justin Wane
Head of Pathology Department
King Faisal Hospital
Avenue de l'Umuganda
Kigali

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr Arlindo Vicente de Assunção
Carvalho
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
São Tomé

Dr Eduardo da Conceição Neto
Director dos Cuidados de Saúde
C.P. 23
São Tomé

SÉNÉGAL

Moussa Mbaye
Secrétaire général du Ministère de la
Santé, de la Prévention et de l'Hygiène
publique
Dakar

Mr Mady Ba
Médecin Conseiller technique n° 2
B. P. 4024
Dakar

Dr Moussa Thior
Coordonnateur du Programme
national de Lutte contre le Paludisme
PNLP, B. P. 25270
Dakar

SEYCHELLES

Hon. Marie-Pierre Lloyd
Minister of Health and Social
Development
Head of Delegation
P. O. Box 52
Victoria

Dr Priyadarshini Hajarnis
Director General, Health Surveillance
and response, Public Health
Department
P. O. Box 52
Victoria

SIERRA LEONE

Dr Sheiku Tejan Koroma
Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation
Freetown

Dr Kisito Sheku. Daoh
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Sanitation
4^o floor, Youyi building Brookfields
Freetown

AFRIQUE DU SUD

Dr Aaron Motsoaledi
Minister of Health
Head of Delegation
Private Bag X828
Pretoria

Ms M. K. Matsau
Deputy Director General
International Relations, Health Trade &
Health Product Regulation
Pretoria

Mr R. Morewane
Cluster Manager Primary Health Care
Pretoria

Dr D. Mametja
Cluster Manager TB Control and
Management
Pretoria

Dr S. A Amos
Cluster Manager Maternal Child &
Women's Health and Nutrition
Pretoria

Ms M. Hela
Cluster Manager : Pharmaceutical &
Related Products Regulation &
Management
Pretoria

Mr M. Masuku
PA to the Minister
Pretoria

Ms N. Dladla
Health Attaché
Permanent Mission of South Africa
65 rue du Rhone, 1204
Geneva – Switzerland

Mr B. Bench
Protocol Manager
Pretoria

Ms H. L. Mangate
Deputy Director : NEPAD
Pretoria

Dr S. M. Dhlomo
Provincial MEC for Health in
Kwa Zulu
Pietermaritzburg
Kwa Zulu–Natal

Mr Zamokuhle Zondi
PA to the MEC for Health
Pietermaritzburg
Kwa Zulu-Natal

SWAZILAND

Mr Benedict Xaba
Hon. Minister of Health
Head of Delegation
P.O. Box 1683
Mbabane

Dr Samuel V. Magagula
Deputy Director Health Services
P.O. Box 5
Mbabane

Ms Mavis P.Nxumalo
Deputy Chief Nursing Officer
P. O. Box 5
Mbabane

TOGO

M. Komlan Mally
Ministre d'État, Ministre de la Santé
Chef de la Délégation
B. P. 386
Lomé

Dr Koku Sika Dogbe
Directeur général de la Santé
B. P. 336
Lomé

Dr Nyansa Abalo Tchessy Atany
Directeur des Pharmacies, Laboratoires
et Équipements techniques
B. P. 336
Lomé

Dr Tossa Kokou
Coordonnateur du Programme
national de Lutte contre le Paludisme
B. P. 518
Lomé

Dr Atcha-Oubou Tinah
Directeur régional de la Santé Centrale
B. P. 170
Sokodé

UGANDA

Dr Stephen O. Mallinga
Minister of Health
P.O. Box 7272
Kampala

Dr Timothy Musila
Senior Health Planner
Kampala

Dr Francis Omaswa
Executive Director
P. O. Box 9974
Kampala

Dr Francis Runumi
Commissioner Health Services
(Planning)
P.O Box 7272
Kampala

Oteba Olowo Martin
Assistant Commissioner Health
Services
Pharm. And Health Supplies
P. O. Box 7272
Kampala

Dr Sam Zaramba
Director General Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 7272
Kampala

Dr D. K. W.Lwamafa
Commissioner for Health Services
National Disease Control
Kampala

Dr Ikwaras Samuel Okware
Director General
National Health Research Organization
P.O. Box 7272
Kampala

Prof Anthony Kmbonye
Commissioner Health Services
Member of Delegation
Ministry of Health
P.O. Box 7272
Kampala

**RÉPUBLIQUE-UNIE
DE TANZANIE**

Hon. Prof. David H. Mwakyusa
Minister for Health and Social Welfare
Head of Delegation
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Dr Peter Mmbuji
Assistance Director, Epidemiology and
Disease Control
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Mr Titus A. Mkepa
Minister Private Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box 9033, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Dr Saidi M. Egwaga
Programme Manager,
National TB/Leprosy Program
Ministry of Health and Social Welfare
P. O. Box 9033, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Dr Neema Rusibamayila
Head, IMCI unit
Ministry of Health & Social Welfare
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar-es- Salaam

Dr Leonard Mboera
Chief Research Scientist
National Institute for Medical Research
2448 Ocean Road
P.O Box 9653
Dar-es-Salaam

Dr Faustine Newhrey Njau
Head, Health Secto Reforms
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Ms Anna L. Nswilla
Coordinator District health Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 9083, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

ZAMBIE

Mr Kapembwa Simbao
Minister of Health
Head of Delegation
Lusaka

Dr Velepi Catherine Mtonga
Permanent Secretary
Ministry of Health
Lusaka

Dr Canisius Banda
Deputy Director of Technical Support
Services
Health Education
Ministry of Health
Box 30205
Lusaka

Dr Bushimbwa T. Chapula
Deputy Director Public Health and
Research – Epidemiology – Disease
Control
Ministry of Health
Lusaka

ZIMBABWE

Dr Henry Madzorera
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation
P. O Box CY 1122 - Causeway
Harare

Dr Gerald Gwinji
Permanent Secretary
P.O. Box CY 1122 Causeway
Harare

Dr Gibson Mhlanga
Principal Director – Preventive
Services
P. O. Box CY1122
Harare

Dr Stanley Munyaradzi Midzi
Director Epidemiology and Disease
Control
Ministry of Health and Child Welfare
P. O. Box. CY 1122
Harare

Dr Tshuma Cremance
Provincial Medical Director
P. O. Box 98
Bindura

Ms Chasokela Cynthia Mery-Le-Bone
Zandile
Director of Nursing Services
Ministry of Health and Child Welfare
P. O. Box CY1122
Harare

**2. REPRÉSENTANTS DES
NATIONS UNIES ET DES
INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES**

**Programme des Nations Unies pour la
Population (UNFPA)**

Dr Eric Dairo Akinyele
Team Leader, Regional Technical
Support Team
220 Est 42nd Street 212 297 5162
New York - NY 10017
USA

M. Faustin Yao
UNFPA Representative
Yaoundé, Cameroun

**Funds des Nations Unies pour
l'Enfance (UNICEF)**

Dr Tesfaye Shiferaw
Regional Advisor, Health
UNICEF Regional Office for Eastern
and Southern Africa
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya

Mrs Barbara Bentein
Deputy Regional Director
UNICEF/WCARO
B.P. 29720
Dakar , Sénégal

Mr Elhadj As SY
Regional Director
UNICEF – ESARO
United Nations complex Gigiri
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya

**3. REPRESENTANT DES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

**Communauté de Développement de
l'Afrique australe (SADC)**

Mr Stephen Sianga
Director, Social and Human
Development Directorate

Dr Vitalis Chipfakacha
Head of HIV and AIDS Unit

Mr Joseph Mthetwa
Senior Programme Manager, Health
and Pharmaceuticals

Ms Lebogang Lebeso
TA Health and Pharmacy Program

Banque mondiale

Dr Eva Jarawan
Sector Manager -Health, Nutrition and
Population -Africa Region
AFTHE – J-10-134
1818 H Street NW
Washington DC 20433

Mr John Paul Clark
Senior Technical Specialist
The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433

Mr James Christopher Lovelas
Senior Health Advisor
P. O. Box 30577 – 00100
Nairobi, Kenya

**Organisation de Coordination pour la
Lutte contre les Endémies en Afrique
centrale**

Dr Jean-Jacques Moka
Secrétaire général de l'OCEAC
B.P. 288
OCEAC
Yaoundé

M. Charles Casimir Michel Gnongo
Chef de Service de la Communication
BP 288
Yaoundé

Dr Dologuele Nicolas Félicien
Chef du Département Programmes et
Recherche
BP 288
OCEAC
Yaoundé

M. Fulgence Likassi-Bokamba
Directeur de Cabinet du SG/OCEAC
BP 288
Yaoundé

**Union économique et monétaire
ouest- africaine (UEMOA)**

M. Jérôme Bro Grebe
Commissaire chargé du Département
du Développement social et culturel

Dr Corneille Traoré
Directeur de la Santé, de la Protection
sociale et de la Mutualité

**Organisation ouest-africaine de la
Santé (OOAS)**

Dr Placido Monteiro Cardoso
Directeur général
BP 153 Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

Union africaine

M^e Bience P. Gawanas
Commissaire aux Affaires sociales
Chef de Délégation
B.P. Box 3243
Addis Abéba, Éthiopie

Dr Grace Kalimugogo
Représentante
Commissaire de l'Union africaine
P.O. Box 3243
Addis Abéba, Éthiopie

**Banque africaine de Développement
(BAD)**

Dr Ilunga Tshinko B.
Chef de la Division de la Santé
c/o BAD ATR
BP 323
1002 Tunis Belvédère
Tunisie

Mr Miniho Juvenal Karimba
Socio-Économiste
Banque africaine de Développement
(BAD)
P.O.Box 7329
Rwanda

**Conseil international pour la lutte
contre les troubles dus à une carence
en iode (ICCIDD)**

Prof. Daniel Lantum
ICCIDD Regional Coordinator for
Africa
P.O. Box 4285 Nlongkak
Yaoundé, Cameroon

**Association de Fabricants de Produits
pharmaceutiques (IFPMA)**

Dr Paul Antony
Chief Medical Officer
950 F ST NW
Washington, DC 20004
U.S.A

Mr Alain Aumonier
Directeur des Relations avec les
Institutions internationales Sanofi-
Aventis
Chemin Louis-Dunant, 17
1203 Genève
Suisse

Dr Lorinda ME Kroukame
The Campus, Fursing Maedows
Building
Private Baq X113
Bryanson, 2021Gauteng
South Africa

**Organisation internationale pour la
Migration (OIM)**

Dr Qasim Sufi
Health Coordinator for West Africa
(IOM) International Organization for
Migration
No. 1 Tetteh-Fio Street
Shiashie, East Legon, Accra
P.O. Box 5222, Accra-North
Ghana

GMP

Dr Sergio Spinaci
Associate Director

USAID

Mrs Espérance Mukamana
HIV/AIDS Care and Support Specialist
Kigali, Rwanda

Mrs Mary E. Skarie
Director Regional Office of Health and
HIV/AIDS
USAID East Africa
P. O. box 629, Village Market, 00621
Nairobi, Kenya

ONUSIDA

M. Michel Sidibe
Directeur exécutif
20, Av. Appia, CH-1211
Genève
Suisse

Mr Roger Salla Ntounga
Chief, Office of Ethics and
Organizational Performance
20, Av. Appia, CH-1211
Geneva
Switzerland

Dr Louis Ponzio
Coordinateur-Pays
Av. Nelson Mandela
Brazzaville
Congo

M. Kekoura Kourouma
Coordinateur-Pays
ONUSIDA
Kinshasa
RDC

M. Dieudonné Rutarwa
Social Mobilization Adviser
ONUSIDA
Kigali
Rwanda

UNITAID

Dr Bermudez Vorge
Executive Secretary
UNITAID/WHO
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

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

Dr Henry Kaluba
Ag. Director Social Transformation
Programmes (STPD)

Dr Joseph Amuzu
Adviser Health Section
Marlborough House
Pall Mall
London SW 1 Y 5 HX UK

**East, Central and Southern African
Health Community (ECSA-HC)**

Dr Steven V Honongwe
Director General

Faire Reculer le Paludisme (RBM)

Mrs Caroline Ndiaye
Technical Officer (Governance)
20 Avenue Appia CH-1211
Geneva 27
Switzerland

FONDS MONDIAL

Dr Tuoyo Okorosobo
Senior Partnership & Cooperation
Officer
The Global Fund to fight AIDS, TB and
Malaria
Chemin de Biandonnet 8
1214 Vermier - Geneva
Switzerland

Dr Anthony Seddoh
Manager
8 Blandonnet, Vernier
Geneva
Switzerland

PNUD

Dr Mayer Magdalene
Conseiller VIH/sida
Grippe aviaire
PNUD, Yaoundé

4. REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

ROTARY International

Mr Ambroise Tshimbalanga Kasongo
Représentant du Rotary International
131, Av. Kasa Vubu, Gombe
Kinshasa

WHITAKER GROUP

Mr Aubrey Hruby
Managing Director
The Whitaker Group
1133 21st, ST. NW, STE 405
Washington DC, 20036
USA

Mrs Eliot Pence
Associate
1133 21st, ST, NW Suite 405
Washington, DC 20036

Mrs Liz Hanpeter
Associate
1133 21st, ST, NW Suite 405
Washington, DC 20036

CDC FOUNDATION

Ms Linda McGehee
Senior Program Officer
55 Park Place, Suite 400
Atlanta, Georgia 30303
USA

Mrs Verla Neslund
Vice President for Programs
55 Park Place; Suite 400
Atlanta, Georgia
USA

EDCTP

Dr Michael Makanga
Director South- South Cooperation and
Head of Africa Office – EDCTP
European and Developing Countries
Clinical Trials Partnership
Africa Office
P.O. Box 19070, Tygerberg, Parow;
Cape Town
South Africa

CICR

Mr Eric Lonla
Medical Delegate –
Représentant du Chef de délégation
CICR – Kigali
B.P. 735
Avenue de Kiyovu
Kigali – Rwanda

IFPMA

Mr Alain Aumonier
VP, Relations with International
Institutions Sanofi –Aventis
Chemin Louis Dunant, 15
1211 Geneva 20
Switzerland

Dr Ryoko Krause
Director, Biologics and Vaccines
IFPMA
Chemin Louis Dunant, 15
Suisse 1203 Geneva

ALLIANCE MONDIALE POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ (AMPS)

Mr Jose Julio Divino
Information and Communications
Officer
GHWA/WHO
1211 Geneva
Switzerland

Dr Mubashar SHEIK
Executive Director
GHWA/WHO
1211 Geneva
Switzerland

Dr Diane Bennet
Senior Epidemiologist
WHO HIV Drug Resistance Team
Switzerland

IPAS AFRICA ALLIANCE

Dr Joachim Osur
Senior Adviser for Training and
Services Delivery for Africa
P.O. Box 1192-00200
Nairobi, Kenya

IANPHI

Dr Emmanuel Oni Idigbe
Director (Research)
Nigeria Institute of Medical Research
PMB 2013
Maba, Lagos
Nigeria

ALLIANCE GAVI

Ms Lisa Jacobs
Director, Governance
2, Chemin des Mines
1202 – Geneva
Switzerland

OXFAM GB

Mr Gichinga Ndirangu
Policy Advisor
P. O. Box 40680, GPO (00100)
Nairobi
Kenya

**HEALTH ACTION
INTERNATIONAL**

Redemptor Atieno
Com. & Network Officer HAI/Africa
P. O. Box 66054 – 00800
Nairobi
Kenya
11,5

Ms Christa Cepuch
Director of Programs
HAI/Africa
P. O. Box 66054 – 00800
Nairobi
Kenya

TB ACTION PROJECT

Mrs Lucy Chesive
TB Advocacy Advisor
P. O. box 3570, 00200
Nairobi
Kenya

**AFRICAN CENTER FOR GLOBAL
HEALTH AND SOCIAL
TRANSFORMATION (ACHEST)**

Prof. Francis Omaswa
Executive Director
P. O. Box 9974
Kampala
Uganda

INFANCY INTERNATIONAL

Dr Krista Swanson
Executive Director
P. O. Box 180461
Delafield 53018
USA

**ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE
Département de la Santé et des
Services humains**

Dr Samuel Adeniyi Jones
Director of African Affairs
The Office of Global Health Affairs
Office of the Secretary
Washington DC - USA

Mr Genessa Giorgi
International Health Analyst
The Office of Global Health Affairs
Office of the Secretary
Washington DC
USA

**ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTE-NEUVIÈME 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/RC59/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Désignation du Directeur régional
7. Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional 2008 (document AFR/RC59/2)
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC59/15)
 - 8.1 Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/3)
 - 8.2 Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/4)
 - 8.3 Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/5)
 - 8.4 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/6)
 - 8.5 Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/7)
 - 8.6 Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/8)
 - 8.7 Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/9)

- 8.8 S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/10)
- 8.9 Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/11)
- 8.10 Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/12)
- 8.11 Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020 (document AFR/RC59/14)
- 8.12 Termes de référence de la réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif (document AFR/RC59/13)

9. Information

- 9.1 Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/1)
- 9.2 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/2)
- 9.3 Application du Règlement sanitaire international dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/3)
- 9.4 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC59/INF.DOC/4)
- 9.5 Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/5)
- 9.6 Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/6)

10. Recrutement international des personnels de santé : Projet de code de pratique mondial (document AFR/RC59/16)
11. Tables rondes
 - Partage des meilleures pratiques dans le renforcement des systèmes de santé locaux ou de district (document AFR/RC59/RT/1)
12. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC59/17)
13. Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional (document AFR/RC59/18)
14. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC59/19)
15. Clôture de la cinquante-neuvième session du Comité régional.

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR: Lundi 31 août 2009

8 h 30 – 11 h 20	Point 1 de l'ordre du jour	Ouverture de la réunion
11 h 20 – 12 h 00	Point 2 de l'ordre du jour	Constitution du Sous-Comité des Désignations
12 h 00 – 12 h 05	Mot d'ouverture	Président de la cinquante-huitième session du Comité régional
12 h 05 – 12 h 30	Point 3 de l'ordre du jour	Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
	Point 4 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC59/1)
	Point 5 de l'ordre du jour	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
12 h 30 – 15 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
15 h 00 – 15 h 15	Point 5 de l'ordre du jour (suite)	Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
15 h 15 – 16 h 15	Point 6 de l'ordre du jour	Désignation du Directeur régional
16 h 15 – 16 h 45	<i>Pause-café</i>	

16 h 45 – 18 h 15	Point 7 de l'ordre du jour	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional – 2008 (document AFR/RC59/2)
18 h 15 – 18 h 30	Intervention des Invités spéciaux	
18 h 30	Fin des travaux du 1^{er} jour	
19 h 00	<i>Réception offerte par le Gouvernement de la République du Rwanda</i>	

2^{ème} JOUR : Mardi 1^{er} septembre 2009

8 h 30 – 8 h 45	Point 8 de l'ordre du jour	Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC59/15)
8 h 45 – 11 h 00	Examen du rapport du Sous-Comité du Programme	
	Point 8.1 de l'ordre du jour	Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/3)
	Point 8.10 de l'ordre du jour	Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/12)
11 h 00 – 11 h 30	<i>Pause-café</i>	

11 h 30 – 12 h 30	<i>Séance spéciale</i>	<i>Programme africain de vaccin contre le sida</i>
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	<i>Séance spéciale sur le projet de surveillance en Afrique</i>
14 h 00 – 15 h 30	Point 8.2 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/4)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 – 17 h 00	Point 8.2 de l'ordre du jour (suite)	
17 h 00	Fin des travaux du 2^{ème} jour	
19 h 00	<i>Réception offerte par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique</i>	

3^{ème} JOUR : Mercredi 2 septembre 2009

08 h 30 – 10 h 30	Point 8.3 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/5)
-------------------	-------------------------------------	--

	Point 8.4 de l'ordre du jour	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/6)
	Point 8.5 de l'ordre du jour	Budget programme de l'OMS pour 2010 – 2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/7)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 8.6 de l'ordre du jour	Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/8)
	Point 8.7 de l'ordre du jour	Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/9)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 11 de l'ordre du jour	Tables rondes : Partage des Meilleures pratiques dans le renforcement des systèmes de santé locaux ou de district (document AFR/RC59/RT/1)

15 h 30 – 15 h 50	<i>Pause-café</i>	
15 h 50 – 17 h 00	Point 11 de l'ordre du jour (suite)	
17 h 00	Fin des travaux du 3^{ème} jour	
17 h 00 – 18 h 00	<i>Séance spéciale</i>	<i>Adoption des vaccins Conjugués contre la méningite dans les pays de la ceinture de la méningite en Afrique</i>

4^{ème} JOUR : Jeudi 3 septembre 2009

8 h 30 – 10 h 30	Point 8.8 de l'ordre du jour	S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/10)
	Point 8.9 de l'ordre du jour	Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique AFR/RC59/11)
	Point 8.11 de l'ordre du jour	Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020 (document AFR/RC59/14)

	Point 8.12 de l'ordre du jour	Termes de référence de la réunion des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif (document AFR/RC59/13)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 9 de l'ordre du jour	Documents d'information
	Point 9.1 de l'ordre du jour	Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC59/INF.DOC/1)
	Point 9.2 de l'ordre du jour	Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/2)
	Point 9.3 de l'ordre du jour	Application du Règlement sanitaire international dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/3)
	Point 9.4 de l'ordre du jour	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS (document AFR/RC59/INF.DOC/4)
	Point 9.5 de l'ordre du jour	Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC59/INF.DOC/5)

	Point 9.6 de l'ordre du jour	Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Rapport de situation (document AFR/RC59/INF.DOC/6)
12 h 30 – 14h 00	<i>Pause déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 00	Point 10 de l'ordre du jour	Recrutement international des personnels de santé : Projet de code de pratique mondial (document AFR/RC59/16)
	Point 12 de l'ordre du jour	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC59/17)
	Point 13 de l'ordre du jour	Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional (document AFR/RC59/18)
	Fin des travaux du 4^{ème} jour	
15 h 00 – 17 h 00	<i>Séance spéciale</i>	<i>Consultation ministérielle sur la lutte contre la tuberculose dans la Région africaine</i>

5^{ème} JOUR : Vendredi 4 septembre 2009

10 h 00 – 10 h 30	<i>Pause-café</i>	
10 h 30 – 11 h 30	Point 14 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC59/19)
11 h 30 – 12 h 30	<i>Séance spéciale</i>	<i>Célébration de la Journée de la Santé de la Femme dans la Région africaine</i>
12 h 30 – 13 h 00	Point 15 de l'ordre du jour	Clôture de la cinquante- neuvième session du Comité régional.

ANNEXE 4

RAPPORT DU SOUS COMITÉ DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Libreville (République du Gabon), du 2 au 5 juin 2009.
2. Le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et aux membres du Conseil exécutif de l'OMS de la Région africaine.
3. Le Directeur régional a déclaré que la réunion du Sous-Comité du Programme se tenait au plus fort des préoccupations mondiales en rapport avec la propagation de la grippe A (H1N1) et a souligné la nécessité de renforcer la surveillance. Bien qu'il n'y ait eu aucun cas confirmé en laboratoire dans la Région, il est important que les pays consolident leurs plans de préparation et de réponse aux épidémies et aux urgences pour une surveillance continue de la maladie et un dépistage précoce, afin de prévenir toute épidémie.
4. Il a indiqué que les pays de la Région étaient déjà confrontés aux problèmes que posent les maladies transmissibles et non transmissibles, la pauvreté et des systèmes de santé peu performants dans le contexte de la crise économique mondiale, et a demandé que l'on consente des efforts accrus et concertés pour lutter contre les problèmes de santé de la Région.
5. Le Directeur Régional a mis en exergue le rôle et l'importance du Sous-Comité du Programme qui apporte une contribution substantielle aux travaux de l'Organisation en examinant de manière critique les documents techniques et en présentant au Comité régional des idées novatrices et des propositions concrètes. Il a fait savoir que la session actuelle du Sous-Comité du Programme débattrait de problèmes clés de santé publique comme la grippe A (H1N1), les maladies tropicales négligées, le renforcement des systèmes de santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, les orientations pour la mise en œuvre du budget programme de l'OMS 2010-2011 dans la Région africaine, et la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique.

6. En concluant ses remarques liminaires, le Directeur Régional s'est dit confiant que les membres du Sous-Comité du Programme examineront minutieusement les documents techniques et feront des recommandations pratiques susceptibles d'orienter le prochain Comité régional afin d'améliorer l'état de santé dans la Région. Il a demandé au Sous-Comité de proposer des solutions concrètes qui tiennent compte des réalités et intérêts communs de tous les pays de la Région africaine.

7. Après la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat du Bureau régional, quelques annonces d'ordre administratif et des consignes de sécurité, le bureau de la réunion a été constitué comme suit:

Président: Dr Souleymane Sanou, Burkina Faso
Vice-Président: Dr George Amofah, Ghana
Rapporteurs: M. Setshwano S. Mokgweetsinyana, Botswana
(pour l'anglais)
Dr Félix Bledi Trouin, Côte d'Ivoire (pour le français)
Dr Ildo A. S. Carvalho, Cap-Vert (pour le portugais).

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

9. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance placée en lui et les a invités à participer activement aux débats pour contribuer au succès de la réunion.

10. L'ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) proposés ont été examinés. Le Sous-Comité du Programme a accepté la proposition du Directeur régional d'inclure parmi les points de l'ordre du jour l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020.

11. L'ordre du jour a été adopté avec les amendements susmentionnés. La réunion a ensuite convenu de l'horaire de travail suivant :

9 h 00–12 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes
12 h 30–14 h 00, pause déjeuner
14 h 00–17 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes.

VERS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT LIÉS À LA SANTÉ : RAPPORT DE SITUATION ET PERSPECTIVES

(document AFR/RC59/PSC/3)

12. Le rapport fournit des informations actualisées sur les progrès réalisés en ce qui concerne l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, indique les principaux défis et propose des perspectives. L'analyse des progrès réalisés est basée sur les données fournies par la Division des statistiques des Nations Unies et les *Statistiques sanitaires mondiales de 2008*, et les tendances ont été évaluées sur la base des données de la période allant de 1990 à l'année la plus récente pour laquelle des informations étaient disponibles en juin 2008.

13. La plupart des pays de la Région africaine n'ont pas accompli des progrès suffisants vers l'atteinte des cibles des OMD. Cinq pays seulement sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4 (Réduire la mortalité infantile). Les estimations du ratio de mortalité maternelle pour 2005 montrent que la Région n'a pas fait de progrès vers l'atteinte de l'OMD 5. Seul un tiers de la population de la Région, se trouvant à un stade avancé de l'infection à VIH, avait accès aux médicaments antirétroviraux en 2007 (OMD 6). En dépit de l'augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide entre 1999 et 2006 dans tous les 18 pays disposant de données conjoncturelles, les taux de couverture ont été inférieurs à 50 % (OMD 6). Deux pays seulement sont en bonne voie pour atteindre la cible pour la tuberculose. Neuf pays sont en bonne voie pour atteindre la cible pour l'eau potable, tandis que deux pays sont en bonne voie pour atteindre la cible pour l'assainissement de base (OMD 7).

14. Parmi les principaux défis que doivent relever les pays pour atteindre les OMD figurent l'insuffisance des ressources, la faiblesse des systèmes de santé, les inégalités dans l'accès aux interventions ayant fait leurs preuves, la faible réponse multisectorielle, la priorité peu élevée accordée à la santé dans les politiques économiques et de développement des pays, et l'insuffisance des données conjoncturelles pour un certain nombre d'indicateurs.

15. Les mesures proposées portent notamment sur la nécessité de consacrer au moins 15% des dépenses publiques au secteur de la santé, comme énoncé dans la Déclaration d'Abuja de 2001; de renforcer les systèmes de santé en mettant intégralement en œuvre la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique; d'accorder une plus grande attention aux domaines dans lesquels les progrès sont jusque-là limités; de renforcer

les partenariats internationaux, le leadership et les capacités institutionnelles; de suivre le Principe des « Trois Uns », qui vise à promouvoir l'utilisation efficace et efficiente des ressources et à garantir une réponse rapide et une gestion axée sur les résultats, par la mise en place d'Un cadre d'action concertée servant de base de coordination de l'action de tous les partenaires; d'Un organe national de coordination doté d'un large mandat multisectoriel; et d'Un système concerté de surveillance et d'évaluation par pays.

16. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait observer qu'il est nécessaire d'utiliser des données plus récentes pour évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD, en particulier les derniers résultats des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) menées dans plusieurs pays. Il a été noté que c'est dans l'atteinte de l'OMD 5 – réduction de la mortalité maternelle - que le manque de progrès est le plus marqué. S'agissant de l'OMD 4, on a relevé que la mortalité chez les enfants de moins d'un an est source de préoccupation et qu'il faut ventiler les données par tranche d'âge. Il convient également de s'attaquer à d'autres causes de mortalité infantile telles que les maladies négligées comme la drépanocytose.

17. Le Sous-Comité du Programme a exprimé des préoccupations quant à la limitation actuelle des ressources de la santé et a appelé à une gestion plus efficiente des ressources existantes. Il a été noté que la cible de 15 % fixée à Abuja pourrait s'avérer insuffisante pour atteindre les OMD. Des préoccupations ont également été exprimées au sujet de l'impact négatif de la situation sécuritaire prévalant dans certains pays sur la prestation de services de santé. Il a été recommandé de présenter séparément dans le document les tendances relatives aux OMD liés à la santé, afin de centrer l'attention sur ceux qui incombent en premier aux ministères de la santé.

18. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont également fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

19 En réponse, le Secrétariat a fait savoir que l'évaluation des progrès en vue des OMD se fait selon des méthodes normalisées reposant sur des indicateurs convenus au niveau mondial qui permettent des comparaisons entre pays. Les données disponibles les plus récentes après juin 2008 pourraient être utilisées pour réviser le document. Les efforts récents du Bureau régional pour générer et disséminer les données factuelles et les bonnes pratiques ont été rappelés. Il a été souligné qu'il était important de maintenir la cible de 15 % d'Abuja, étant donné qu'elle est un bon indicateur du niveau d'engagement des pays.

20. Le Secrétariat a rappelé aux participants que l'exactitude, la mise à jour et la périodicité de la communication des données dépendent de la fonctionnalité des systèmes nationaux d'information sanitaire. La mise en place de l'Observatoire africain de la santé facilitera la collecte des données et la communication d'informations concernant les OMD. La nécessité d'adopter une approche de renforcement des systèmes de santé comme moyen d'élargir les interventions probantes en matière d'atteinte des OMD a été réitérée.

21. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE (document AFR/RC59/PSC/4)

22. Le document rappelle que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique est axée sur neuf grands domaines prioritaires, à savoir : le leadership et la gouvernance pour la santé ; la prestation de services de santé (RHS); les ressources humaines pour la santé; le financement de la santé; les systèmes d'information sanitaire; les technologies sanitaires; l'appropriation et la participation communautaires; les partenariats pour le développement sanitaire; et la recherche pour la santé. Pour chacun de ces domaines prioritaires, le Cadre propose des recommandations, sauf pour ce qui est de l'information sanitaire et de la recherche pour la santé, étant donné que ces deux domaines prioritaires sont pris en compte dans le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger.

23. Au nombre des recommandations visant le renforcement du *leadership et de la gouvernance pour la santé* figurent l'institutionnalisation de l'action multisectorielle pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé; la mise à jour de la politique nationale globale de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires (SSP) et aux autres stratégies régionales; la mise à jour du plan stratégique national de santé; et la prestation de services de santé essentiels complets. Pour accroître l'efficacité de la *prestation des services de santé*, les pays doivent fournir des services de santé essentiels complets, intégrés, appropriés et efficaces; concevoir leurs modèles de prestation centrés sur les populations et d'estimation des coûts; et assurer l'organisation des services et la coordination des différents acteurs, afin de promouvoir et d'accroître l'efficacité et l'équité.

24. Pour améliorer la *gestion des ressources humaines pour la santé (RHS)*, les pays doivent élaborer des politiques et des plans complets et fondés sur des bases factuelles pour les ressources humaines pour la santé; renforcer les capacités des institutions de formation en santé pour intensifier la formation de professionnels compétents en soins de santé; renforcer les capacités de gestion et de leadership des ressources humaines pour la santé; et mobiliser des ressources pour le développement des ressources humaines pour la santé. Pour améliorer le *financement des systèmes de santé*, les pays doivent élaborer des politiques et des plans complets de financement de la santé; institutionnaliser les comptes nationaux de la santé et le suivi de l'efficacité; renforcer les compétences dans la gestion financière à tous les niveaux; et mettre en œuvre la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

25. En ce qui concerne les *technologies sanitaires*, les pays doivent améliorer l'accès à des technologies sanitaires sûres et de qualité; élaborer des politiques et des plans nationaux pour les technologies sanitaires; améliorer l'accès à des médicaments de qualité issus de la médecine traditionnelle; établir des normes et standards de sélection, d'utilisation et de gestion de technologies sanitaires appropriées; et mettre en place un système transparent et fiable d'acquisition des technologies sanitaires. Pour garantir la *participation communautaire* au développement de la santé, les pays devront mettre en place un cadre d'orientation favorable à la participation des communautés; renforcer les capacités des communautés; réorienter le système de prestation de services afin d'améliorer l'accès et l'utilisation par les communautés; et recourir aux stratégies de promotion de la santé pour donner aux communautés les moyens d'adopter des modes de vie plus sains.

26. Pour renforcer les *partenariats* pour le développement sanitaire, les pays peuvent utiliser des mécanismes tels que le Partenariat international pour la Santé Plus (IHP+) et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique pour promouvoir l'harmonisation et l'alignement, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires; et adopter la collaboration intersectorielle, les partenariats public-privé et la participation de la société civile à la formulation des politiques et à la prestation de services.

27. Les membres du Sous-Comité du Programme ont favorablement accueilli le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou en tant que guide pratique pour les pays dans la traduction de la Déclaration en actions. Ils se sont félicités de l'approche globale et ont reconnu le rôle central des ressources humaines pour la santé en vue de la mise en œuvre adéquate du Cadre et la nécessité de promouvoir des mesures pour leur motivation et fidélisation. Considérer les Soins de

Santé primaires comme une approche, plutôt que comme un niveau de soins, facilitera la même compréhension du renforcement des systèmes de santé par les pays. Le renforcement des systèmes de référence contribuera à l'amélioration soutenue des soins de santé, indépendamment du type de système de santé. L'Annexe 1, qui présente un exemple de traduction des recommandations proposées en interventions et actions au niveau pays par domaine prioritaire, a été considérée comme pertinente pour servir d'orientation aux pays.

28. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

29. Le Secrétariat a été sensible au fait que les membres ont approuvé le format et le contenu du Cadre. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions et a souligné l'importance de l'appropriation et du leadership des pays dans le processus de mise en œuvre de ce Cadre. Pour ce qui est de la collaboration intersectorielle, il est nécessaire de renforcer les comités nationaux intersectoriels de santé en tenant compte du contexte actuel du renouvellement des SSP, y compris les déterminants sociaux de la santé. Concernant la formulation des indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou, il a été convenu qu'il est nécessaire d'aller au-delà des OMD et d'inclure d'autres indicateurs pertinents. L'on a souligné que 15 % du budget national et 34 à 40 dollars de dépenses de santé par habitant par an sont des cibles qui se complètent. Les pays ont été invités à prendre l'engagement de consacrer 15 % de leur budget national à la santé, et à chercher l'appui des partenaires pour atteindre 34 à 40 dollars de dépenses de santé par habitant.

30. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA DÉCLARATION D'ALGER SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE
(document AFR/RC59/PSC/5)

31. Le Cadre rappelle que la Déclaration d'Alger, qui a été adoptée lors de la Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, tenue en juin 2008, avait renouvelé l'engagement des États Membres à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, d'information sanitaire et de gestion des

connaissances, afin d'améliorer la santé en Afrique. Le document vise à fournir aux pays un cadre pour faciliter la mise en œuvre de la Déclaration.

32. Parmi les mesures proposées pour le *renforcement du leadership et de la coordination* figurent la création d'un groupe de travail national pluridisciplinaire; la mise en place d'une unité de recherche en santé; d'information sanitaire et de gestion des connaissances au sein du Ministère de la Santé; la réalisation d'une analyse de la situation; l'élaboration de politiques et plans stratégiques nationaux; la mise en place ou le renforcement de mécanismes de coopération tels que des partenariats public-privé, sud-sud et nord-sud; et la création de centres régionaux d'excellence.

33. Les mesures proposées pour *améliorer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire et des bases factuelles* comprennent la mise en évidence et l'intégration des sources existantes d'informations fiables; l'établissement de procédures garantissant la disponibilité de données de qualité; l'accroissement de la fréquence des enquêtes démographiques et sanitaires nationales; l'achèvement du cycle de recensement de 2010; le renforcement de l'enregistrement des naissances et des décès, et des statistiques sur la surveillance et les services; l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire; la promotion d'une recherche innovante et le recours aux revues systématiques; et le renforcement des mécanismes institutionnels pour l'évaluation éthique et scientifique de la recherche.

34. Les mesures proposées pour *améliorer la diffusion et le partage de l'information, des bases factuelles et des connaissances* sont les suivantes : soutenir la création de bibliothèques de la santé et de centres d'information sanitaire; garantir la disponibilité de matériels imprimés et électroniques dans des formats et langues appropriés; publier les bases factuelles existantes sur les systèmes de santé et faciliter la production de connaissances dans les domaines prioritaires; mettre en place des mécanismes pour documenter les connaissances empiriques et les meilleures pratiques; et faire en sorte que les publications locales figurent dans les répertoires internationaux pertinents.

35. Les mesures proposées pour *améliorer l'utilisation de l'information, des bases factuelles et des connaissances* sont les suivantes : veiller à ce que les responsables politiques et les décideurs participent au processus d'établissement des programmes; améliorer leur capacité d'accès aux bases factuelles et à leur application; améliorer le partage et l'application de l'information, des bases factuelles et des connaissances empiriques; promouvoir les réseaux régionaux et nationaux de chercheurs, de

décideurs et de responsables politiques; et promouvoir la recherche translationnelle et opérationnelle.

36. Les mesures proposées pour *améliorer l'accès à l'information sanitaire, aux bases factuelles et aux connaissances disponibles à l'échelle mondiale* comprennent la promotion d'une plus grande utilisation des répertoires; une meilleure utilisation des localisateurs d'expertise et des réseaux sociaux; et la promotion des revues à libre accès et l'accès institutionnel aux publications protégées par le droit d'auteur. Les actions proposées pour *élargir l'accès aux technologies de l'information et de la communication pour la santé (cyber-santé)* sont : évaluer les technologies disponibles pour déterminer celles qui répondent aux besoins locaux; assurer l'interopérabilité des divers systèmes; et élaborer des applications et des bases de données accessibles sur l'Internet.

37. Les mesures proposées pour *améliorer les ressources humaines* comprennent le renforcement des capacités grâce à la formation professionnelle continue; et la création d'un environnement propice pour attirer et fidéliser les ressources humaines de haute qualité. Les actions proposées pour *améliorer le financement* sont de veiller à la mise à disposition de ressources suffisantes; d'allouer à la recherche en santé, y compris au renforcement des capacités, au moins 2 % des dépenses nationales de santé et au moins 5 % de l'aide extérieure destinée aux projets et programmes de santé; et de veiller à allouer des ressources suffisantes aux systèmes d'information sanitaire et de gestion des connaissances.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence du document. Ils ont souligné la nécessité pour les pays membres de renforcer leurs capacités en ressources humaines et de mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre du Cadre. Les disparités entre pays relativement aux niveaux actuels de développement de la recherche, en termes de facteurs ayant un effet sur les activités de recherche dans le secteur de la santé, ont été relevées. Les mécanismes inefficaces de coordination multisectorielle et l'insuffisance du partage de l'information ont été identifiés comme des faiblesses pouvant entraver la mise en œuvre du Cadre. Les nouvelles technologies de la communication disponibles ont également été mentionnées comme moyens potentiels pour réduire l'écart avec les zones éloignées en vue de la mise en œuvre du Cadre.

39. Le Sous-Comité du Programme a fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

40. Le Secrétariat a expliqué que l'Observatoire régional africain est censé être un mécanisme élargi pour le suivi des situations et tendances de santé, et pour le partage et la diffusion des produits d'information (tels que données, profils de pays et notes d'orientation). Le domaine qu'il couvre dépasse la recherche et comprend d'autres questions relatives au système de santé. Il a été souligné que la recherche pour la santé fait partie des systèmes de santé et les pays devraient être encouragés à promouvoir la recherche sur les systèmes de santé.

41. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

**SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE :
PERSPECTIVES RÉGIONALES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE
ET DU PLAN D'ACTION MONDIAUX (document AFR/RC59/PSC/6)**

42. Le document rappelle qu'à la suite de l'adoption de la stratégie et du plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle par l'Assemblée mondiale de la Santé, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a souligné, à sa 58^{ème} session, la nécessité d'assurer la synergie dans la mise en œuvre des résolutions et décisions antérieures connexes. Le document propose des mesures aux États Membres, pour examen.

43. *Afin d'établir les priorités et de promouvoir la recherche-développement*, les pays devraient faire la cartographie des initiatives de recherche-développement (R-D) de produits sanitaires et indiquer les lacunes ainsi que les possibilités de développer la R-D; renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire; accorder la priorité aux besoins en matière de santé publique et élaborer des programmes de recherche fondés sur des données factuelles; mettre en place et renforcer les réseaux de chercheurs et d'instituts de recherche pour promouvoir le partage de l'information sur la recherche-développement, les résultats et les innovations. Les pays devraient aussi *renforcer et améliorer la capacité d'innovation* moyennant le renforcement des systèmes de recherche en santé, l'harmonisation des politiques et règlements, la création et le renforcement des centres d'excellence, le développement des capacités des ressources humaines et l'établissement de liens avec des organes scientifiques régionaux et internationaux.

44. En vue *d'appliquer et de gérer la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique*, les pays devraient veiller à ce que l'application et la gestion de la propriété intellectuelle soient plus claires; réviser les politiques, lois et règlements pour tirer parti des sauvegardes relatives à la santé

publique; et surveiller les conséquences des accords commerciaux sur l'accès aux produits sanitaires. Pour *renforcer la collaboration avec les organisations internationales et les partenaires concernés*, les pays devraient établir et/ou renforcer des liens de collaboration avec les organisations et les acteurs concernés.

45. Pour *promouvoir le transfert des technologies*, les pays devraient créer un environnement politique et réglementaire favorable; investir davantage dans la science et la technologie; promouvoir le transfert des technologies de R-D et renforcer les capacités de production des médicaments essentiels. Pour *améliorer la distribution et l'accès*, les pays devraient appliquer des politiques et réglementations destinées à renforcer les systèmes d'approvisionnement; surveiller et réglementer le prix des médicaments; promouvoir la compétition sur le marché du médicament; et créer et/ou renforcer les capacités de réglementation et promouvoir la bonne utilisation des produits sanitaires, y compris des produits issus de la pharmacopée traditionnelle.

46. Pour *promouvoir des mécanismes de financement durable*, les pays devraient envisager de fournir et de mobiliser des financements suffisants et durables pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondial. Les pays devraient également *mettre en place des systèmes de suivi et de notification* pour suivre la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux.

47. Le Sous-Comité du Programme a fait observer que la relation entre la propriété intellectuelle, la santé publique et l'innovation est un domaine complexe, mais nécessaire pour assurer l'accès aux produits sanitaires. Bien que différents types de médicaments et d'autres produits soient en circulation, certains États Membres sont préoccupés par leur qualité et ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en place d'organes nationaux de réglementation pharmaceutique. Il est essentiel qu'au sein des pays, un noyau de personnes disposant des connaissances et compétences requises en propriété intellectuelle et en médicaments soit disponible pour induire les changements et impulsions nécessaires pour des avancées sur la question.

48. Le Sous-Comité du Programme a préconisé l'intensification de la communication dans ce domaine afin de renforcer la sensibilisation et l'implication de tous les secteurs, acteurs et communautés. Il a également requis l'appui de l'OMS et des autres partenaires dans la création de centres sous-régionaux et régionaux de contrôle de la qualité des médicaments.

49. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

50. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité du Programme qu'à la suite de l'adoption de la stratégie et du plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2008, l'OMS avait été invitée à élaborer des indicateurs et à déterminer le coût de la Stratégie et du Plan d'Action. La Stratégie et le Plan d'Action mis à jour ont été adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009.

51. Le Secrétariat a reconnu qu'il s'agit d'un domaine complexe requérant l'appui de l'OMS et des partenaires. Il a demandé aux États Membres de réviser leurs politiques et lois afin de tirer pleinement parti des clauses de sauvegarde de la santé publique incluses dans l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC). Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés que des laboratoires régionaux ont été retenus par l'OMS pour appuyer les États Membres dans le contrôle de la qualité des médicaments, mais jusqu'à présent, les demandes venant des pays sont limitées.

52. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité du Programme que la Commission de l'Union africaine (CUA) est engagée à appuyer le développement de la médecine traditionnelle en Afrique, ainsi que la production locale de médicaments. Il est par conséquent important que les pays prennent l'attache de la CUA et des Communautés économiques régionales pour assurer le suivi des efforts en cours.

53. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2010-2011 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/7)

54. Le document rappelle qu'en mai 2009, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011. La résolution permet aux bureaux de l'OMS, à tous les niveaux, d'établir leurs plans de travail pour l'exercice biennal 2010-2011. Le document décrit les priorités de la Région africaine en matière de santé et propose des orientations pour l'exécution du Budget Programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2010-2011.

55. Une analyse des documents de Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays a révélé que les principales priorités régionales en matière de santé sont le renforcement des politiques et systèmes de santé; la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; l'accélération de la riposte aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence, y compris aux catastrophes naturelles ou d'origine humaine; l'amélioration de la santé maternelle et infantile; la lutte contre les maladies tropicales négligées; la maîtrise des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles; et la promotion de l'intensification des interventions éprouvées de santé d'un bon rapport coût/efficacité.

56. La mise en œuvre des budgets programmes précédents a principalement révélé une hausse constante des contributions volontaires, souvent allouées à des actions précises, et aucune augmentation des contributions fixées. Alors que le montant des contributions fixées est connu d'avance et peut donc être facilement affecté, celui des contributions volontaires est plus qu'aléatoire. En outre, l'expérience montre que dans l'exécution du budget programme, des dépenses imprévues interviennent souvent. Par conséquent, il est nécessaire de constituer une réserve sur les contributions fixées, au début de l'exercice biennal, pour faire face aux imprévus.

57. Le document indique que le Budget Programme 2010-2011 se compose de trois sections : i) les programmes de l'OMS, couvrant les activités pour lesquelles l'OMS détient un contrôle budgétaire exclusif; ii) les accords de partenariat et de collaboration (PCA), que l'OMS exécute en collaboration avec des partenaires; iii) la riposte aux flambées épidémiques et aux crises (OCR), couvrant la riposte de l'OMS aux catastrophes naturelles et d'origine humaine. Le budget global approuvé pour les programmes de l'OMS, compte non tenu des fonds destinés à la riposte aux flambées épidémiques, aux crises et aux partenariats, s'élève à US \$3 367 907 000. La Région africaine recevra US \$925 684 000, soit 27 % du budget global de l'OMS. En termes de sources de financement, un montant de US \$209 600 000 (soit 23 %) proviendra des contributions fixées, et un montant de US \$ 716 084 000 (77 %) des contributions volontaires.

58. La Région africaine bénéficiera d'une allocation budgétaire supplémentaire pour les accords de partenariat et de collaboration, et le budget consacré à la riposte aux flambées épidémiques et aux crises sera alimenté par les contributions volontaires. Il s'agit respectivement de US \$256 430 000 et de US \$80 750 000. Ainsi, l'allocation budgétaire totale de la Région africaine s'élève à US \$1 262 864 000, soit 83 % en contributions volontaires et 17 % en contributions fixées. Les bureaux de pays de l'OMS recevront 64 % des fonds régionaux et le Bureau régional, y compris les

Équipes d'appui interpays, recevra 36 % des fonds. Étant donné que les allocations destinées aux Équipes d'appui interpays doivent être dépensées dans les pays, la part du montant total qui sera dépensée dans les pays s'élève à 81 %. Le solde de 19 % constitue donc la part réelle qui sera dépensée au niveau du Bureau régional.

59. La répartition proposée du budget par objectif stratégique traduit l'importance que l'on attache aux maladies transmissibles (objectif stratégique 1 : 34 % du budget), en particulier au partenariat mondial et à l'engagement envers l'éradication de la poliomyélite. Avec 16 % du budget proposé, la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (objectif stratégique 2) se voit accorder la deuxième place. L'action du Secrétariat de l'OMS, y compris le renforcement de la présence de l'Organisation dans les pays membres (objectifs stratégiques 12 et 13), recevra 14 % du budget programme.

60. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités de la pertinence des informations contenues dans le document. Ils ont exprimé leur préoccupation concernant les 13 % prélevés par l'OMS sur les contributions volontaires pour les dépenses d'appui au programme. Le Sous-Comité du Programme a demandé des éclaircissements concernant les critères d'allocation budgétaire aux pays, l'utilisation des fonds destinés à la grippe aviaire et l'allocation des fonds pour la célébration des journées de la santé. Il a insisté sur l'importance d'accorder une attention accrue à la grippe A(H1N1), aux maladies non transmissibles, y compris les facteurs de risque, la drépanocytose, les traumatismes et les accidents de la circulation, la santé maternelle et infantile, et le renforcement des systèmes de santé. Le Sous-Comité a pris note de ce que l'OMS n'est pas un organisme de financement et a donc invité instamment l'Organisation à centrer ses efforts sur des mesures susceptibles de faciliter la mise en œuvre des plans et stratégies nationaux.

61. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions et commentaires pertinents. Il a fait observer que le Budget Programme pour 2010-2011 ayant déjà été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, la marge de manœuvre concernant la répartition des allocations s'en trouve restreinte et qu'il fallait, par conséquent, centrer les débats sur la mise en œuvre du budget.

62. S'agissant de la répartition des allocations budgétaires aux pays, le Secrétariat a expliqué que les critères utilisés comprennent les besoins des pays, l'expérience précédente en matière d'utilisation du budget, les intérêts des divers partenaires et les paramètres du dispositif mondial de validation de l'OMS. Pour ce qui est des 13 % attribués aux dépenses d'appui au programme, le Secrétariat a expliqué que le

pourcentage a été établi par une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé pour couvrir les frais d'appui à la mise en œuvre du programme. Cependant, l'expérience acquise au cours des ans montre que le Secrétariat ne recouvre que 6 % à 7 %.

63. Le Secrétariat a reconnu l'importance des maladies non transmissibles et a informé le Sous-Comité du Programme des efforts en cours pour obtenir des données reposant sur des bases factuelles sur les maladies non transmissibles pour les actions de sensibilisation et pour appuyer les pays dans l'élaboration de plans et la mobilisation de ressources. S'agissant de l'utilisation des fonds mobilisés pour la grippe aviaire, le Secrétariat a expliqué que ce financement servait à renforcer les systèmes de surveillance et les capacités des laboratoires, ainsi qu'à la formation, à la préparation et à la riposte aux épidémies.

64. Le Secrétariat a insisté sur le fait que le budget programme couvre principalement l'exécution des fonctions essentielles de l'OMS (coopération technique; rôle normatif; plaidoyer; production et partage de l'information, etc.). Les pays sont exhortés à mobiliser des fonds supplémentaires auprès de sources nationales et d'autres partenaires pour le renforcement des systèmes de santé, la santé maternelle et infantile, la promotion de la santé et les maladies non transmissibles, y compris le diabète, les traumatismes, la drépanocytose, le cancer, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. Le déséquilibre entre contributions volontaires et contributions fixées et le caractère imprévisible des contributions volontaires constituent de réels défis pour l'OMS. Le Secrétariat a indiqué que l'application du Système mondial de gestion (GSM) devrait améliorer la transparence, l'efficacité et l'efficience des activités de l'Organisation.

65. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

PHARMACORÉSISTANCE CONCERNANT LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME : ENJEUX, DÉFIS ET PERSPECTIVES (document AFR/RC59/PSC/8)

66. Le document rappelle qu'à sa cinquante-troisième session tenue en 2003, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose. Toutefois, bien qu'il y ait eu des améliorations dans l'accès aux traitements, les résultats positifs obtenus sont compromis par l'apparition de formes pharmacorésistantes d'infection à VIH, de tuberculose et de paludisme. Le principal objet du document est de proposer aux États Membres des mesures relatives à la prévention et à la lutte contre la

pharmaco résistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine.

67. Le document note que la nécessité d'entreprendre le traitement antirétroviral (TAR) pendant toute la durée de la vie et les taux élevés de réplication et de mutation du VIH signifient que le phénomène de pharmacorésistance pourrait apparaître même chez des personnes suivant un traitement approprié et s'y conformant. Selon les estimations faites dans le cadre d'enquêtes récentes couvrant des centres de soins prénatals dans plusieurs pays de la Région africaine, la résistance à toutes les catégories d'antirétroviraux est de moins de 5 %. En 2007, 27 pays ont notifié des cas de tuberculose MR, et six ont notifié au moins un cas de tuberculose UR. À la suite de la résistance généralisée à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), tous les pays de la Région dans lesquels le paludisme est endémique, à l'exception de deux, ont changé de politique de traitement pour adopter les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Jusqu'à présent, il n'y a pas de résistance confirmée aux ACT dans la Région africaine.

68. Les principaux défis sont liés à la faiblesse des systèmes de santé, et notamment à l'accès limité aux services de santé, aux insuffisances des systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks, aux capacités limitées des infrastructures de laboratoire, au manque général de contrôle de l'infection au niveau des communautés et des établissements de santé, à l'insuffisance des ressources humaines, et aux problèmes de logistique.

69. Les mesures proposées comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies permettant d'améliorer l'accès à un diagnostic correct et à un traitement précoce efficace; le développement des capacités humaines nécessaires pour la prévention et la prise en charge de la pharmacorésistance; le renforcement des réseaux nationaux et infranationaux de laboratoires de santé pour la surveillance de la pharmacorésistance; le renforcement de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la mise en place de systèmes de surveillance de la pharmacorésistance et de l'efficacité des médicaments; la mise en œuvre de mesures de lutte contre la tuberculose MR et la tuberculose UR; le plaidoyer en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux outils de diagnostic et médicaments; et la mobilisation de ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la pharmacorésistance, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

70. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la qualité du document. Ils ont souligné la nécessité pour les pays de renforcer les

capacités des laboratoires aux fins de prévention et de surveillance de la pharmacorésistance, de renforcer les capacités en ressources humaines, d'améliorer les systèmes d'approvisionnement et de gestion des médicaments, et de promouvoir l'observance des traitements par les patients, en tant qu'interventions clés concourant à la prévention et à la surveillance de la pharmacorésistance. Ils ont également souligné que les pays doivent établir les priorités parmi les mesures proposées, en fonction de leurs réalités.

71. Les délégués ont partagé les expériences des pays sur des cas de nouvelles infections à souches de VIH résistantes aux médicaments de première intention et sur leurs effets négatifs quant à l'accessibilité des médicaments de seconde intention et à la prise en charge des cas. La nécessité de renforcer les lois pour prévenir la prolifération des médicaments de contrefaçon a été soulignée.

72. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur préoccupation devant l'émergence du paludisme résistant à la sulfadoxine-pyriméthamine et aux ACT en Asie orientale et méridionale. Ils ont fait observer que le diagnostic excessif du paludisme est une question sérieuse et ont demandé davantage de bases factuelles pour améliorer la prise en charge des cas dans les pays. Ils ont aussi exprimé des préoccupations au sujet de la préparation locale de certains médicaments sur la base de formules de la médecine traditionnelle aboutissant à des doses insuffisantes. Il ont en outre souligné la nécessité de concentrer les efforts sur la prise en charge syndromique du paludisme, en tenant compte des faibles capacités en termes de diagnostics de laboratoire, particulièrement dans les zones reculées, jusqu'à ce que des tests de diagnostic rapides soient disponibles.

73. En ce qui concerne la pharmacorésistance à la tuberculose, les faibles capacités des laboratoires, en termes de diagnostic de la tuberculose MR et de la tuberculose UR, ont été mises en exergue. Il a été suggéré d'étendre les mesures de lutte contre la transmission des infections pour couvrir non seulement la tuberculose MR et la tuberculose UR, mais aussi d'autres maladies.

74. Le Secrétariat a reconnu la pertinence des commentaires des membres du Sous-Comité du Programme et est convenu de les inclure dans la version finale du document. Il a invité les pays à partager les données disponibles sur les nouvelles infections à souches de VIH résistantes aux médicaments de première intention, ainsi que sur l'utilisation de formules de la médecine traditionnelle pour le traitement du paludisme. Le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité qu'en ce qui

concerne la production des bases factuelles nécessaires, l'appui technique sera disponible, sur demande.

75. Pour ce qui est de la menace de l'émergence de la résistance aux ACT en Asie du Sud-Est, le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité que l'OMS, en collaboration avec les pays touchés et les partenaires, apporte son appui à la mise en œuvre d'une stratégie d'endiguement.

76. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/1) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/9)

77. Le document rappelle que 86 % des épisodes de paludisme et 91 % des décès dus à cette maladie à l'échelle mondiale sont enregistrés dans la Région africaine. Il fait référence à l'engagement en faveur de la lutte antipaludique, qui a abouti à l'appel du Secrétaire général des Nations Unies pour une couverture universelle des interventions antipaludiques d'ici 2010 pour toutes les personnes à risque du paludisme.

78. Le document indique qu'avec un taux de couverture élevé du paquet complet d'interventions de prévention et de lutte contre le paludisme, il est possible d'obtenir une réduction rapide du fardeau du paludisme, comme cela a été mis en évidence en Afrique du Sud, au Botswana, en Érythrée, en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe, et au Swaziland. Le passage de la phase de contrôle du paludisme (c'est-à-dire ramener le fardeau du paludisme à un niveau où il n'est plus un problème de santé publique) à la phase de son élimination (interruption de la transmission locale du paludisme par les moustiques) devrait être considéré comme un processus continu.

79. Les défis à relever par les pays sont notamment l'absence de politiques et de stratégies exhaustives; les retards entre l'adoption des politiques et leur mise en application; la qualité de la mise en œuvre des interventions; les capacités limitées en ressources humaines; et la faiblesse des systèmes de santé qui a un impact négatif sur la performance des programmes. Les insuffisances dans l'harmonisation et l'alignement par les partenaires, et dans la mobilisation et l'utilisation des ressources sont préjudiciables à l'intensification des interventions.

80. Le document indique que, pour les pays situés dans des zones de transmission stables, il est nécessaire d'avoir une phase de consolidation avant de procéder à la réorientation du programme vers la pré-élimination en recourant à l'approche STEP, puis vers l'élimination et la prévention de la réintroduction de la transmission du paludisme.

81. Les mesures proposées comprennent l'actualisation des politiques et des plans stratégiques; le renforcement des programmes nationaux de lutte contre le paludisme; l'amélioration des systèmes d'achat et d'approvisionnement en produits antipaludiques; l'accélération de la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves aux fins de couverture universelle et d'impact; la consolidation de la lutte dans les pays où le paludisme est endémique; le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; le passage de la lutte à la pré-élimination et à l'élimination lorsque les circonstances s'y prêtent; l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation par tous les partenaires; la mobilisation de ressources suffisantes; et le renforcement de la recherche.

82. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la qualité et la pertinence du document. Il a été noté que le document ne parlait pas du Dispositif pour des médicaments accessibles - paludisme (DMAp). Le risque d'adopter une approche verticale a été un sujet de préoccupation, et il a été recommandé que l'intégration des programmes, au cours de la mise en œuvre, occupe une large place dans le document. La nécessité de renforcer les ressources humaines et les capacités des laboratoires, de même que d'intensifier les interventions, a été soulignée. Il a été demandé aux pays de tenir compte de l'état actuel de mise en œuvre et de réalisation des résultats, avant d'envisager les transitions du programme vers la lutte, la consolidation et l'élimination.

83. Le risque de diagnostic excessif du paludisme, dans le contexte d'une application inappropriée de l'approche syndromique, a été examiné, et la nécessité de faire état du traitement présomptif dans les lignes directrices pour le traitement des jeunes enfants aux niveaux périphériques a été recommandée. L'application de méthodes synergiques pour la lutte anti-vectorielle intégrée a été soulignée. L'importance des approches à assise communautaire, la mobilisation sociale et le rôle de la recherche comportementale dans l'intensification du recours aux interventions d'un bon rapport coût/efficacité a été notée. Le Sous-Comité du Programme a sollicité des éclaircissements sur le traitement préventif intermittent chez le nourrisson (TPI_n), le traitement préventif intermittent chez l'enfant (TPI_e), et la situation actuelle de l'utilisation du DDT dans la lutte contre le vecteur du paludisme.

84. En réponse, le Secrétariat a expliqué que le document avait pour but de sensibiliser les pays à l'urgence d'intensifier les interventions antipaludiques, en se basant sur les progrès réalisés dans certains pays, et de stimuler la réponse à l'intérêt mondial croissant et aux possibilités de financement. La nécessité d'assurer l'appropriation par les pays et la coordination a été également soulignée. Les directives générales sur le TPIe et le TPIn seraient basées sur une consultation technique d'experts, après un examen complet des résultats de la recherche, en tenant compte des considérations de sécurité, de rentabilité et de faisabilité dans des environnements épidémiologiques précis.

85. Le Secrétariat a indiqué qu'en collaboration avec le Partenariat Faire reculer le paludisme, l'OMS continuerait de fournir aux pays un appui technique durant la phase I du DMAP. Le Secrétariat a également noté que le DDT restait reconnu en tant qu'insecticide efficace pour la lutte anti-vectorielle. L'importance qu'il y a de conserver le traitement préventif et l'approche syndromique pour la prise en charge des cas dans les principes directeurs et les outils à utiliser, notamment, au niveau périphérique, a été réitérée. Le Secrétariat a souligné l'importance d'une administration générale énergique des pays et d'une coordination de tous les intéressés, y compris les partenaires, pour améliorer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. De plus, le Secrétariat a souligné la nécessité pour les États Membres de renforcer leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme, et notamment d'avoir en place les ressources humaines essentielles pour couvrir tous les principaux domaines stratégiques de la lutte contre le paludisme aux niveaux central et décentralisé. L'accent a été mis sur la nécessité de disposer de mécanismes et de structures efficaces pour garantir la performance des programmes, la transparence et le sens des responsabilités conformément aux «Trois principes».

86. Le Secrétariat est convenu d'amender le document de façon à incorporer les recommandations du Sous-Comité du Programme.

87. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/2) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

S'ATTAQUER AUX MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/10)

88. Le document indique que le Programme régional des maladies tropicales négligées (MTN) accorde la priorité à neuf maladies bactériennes et parasitaires. Une seule maladie (Ver de Guinée) a été ciblée pour être éradiquée, quatre maladies (lèpre, filariose lymphatique, onchocercose, trypanosomiase humaine africaine) ont été ciblées pour être éliminées, tandis que trois maladies (schistosomiase, ulcère de Buruli, pian) ont été ciblées pour le contrôle. On estime que les MTN affectent un milliard de personnes dans le monde, 90 % du fardeau total de ces maladies revenant à l'Afrique.

89. La prévalence de la filariose lymphatique a été réduite après la mise en place d'une chimioprophylaxie préventive pour plus de 53 millions de personnes dans la Région, dans le cadre de la stratégie de traitement à base communautaire. La prévalence du ver de Guinée est passée de 3,5 millions de cas en 1985 à 3 770 cas en 2007. La lèpre avait été éliminée au niveau national dans les 46 États Membres à la fin de l'année 2007.

90. En dépit de ces résultats significatifs, la Région est toujours confrontée à des défis tels que le faible taux de couverture des interventions, notamment dans les zones rurales qui ne sont pas d'accès facile; la promotion inadéquate de la mise en œuvre intégrée d'interventions ciblant des maladies précises et de la mise en œuvre conjointe d'activités avec d'autres interventions à base communautaire; la non-disponibilité de médicaments appropriés; les capacités limitées en termes de ressources humaines compétentes; et l'insuffisance des ressources financières.

91. Les mesures proposées sont notamment le renforcement des systèmes de santé; le renforcement du leadership et de l'appropriation; la rationalisation et le renforcement des systèmes nationaux de gestion des médicaments; le renforcement des activités d'appui; l'intensification des interventions pour l'éradication du ver de Guinée; la réorganisation et le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; la collaboration avec les partenaires pour intensifier la recherche opérationnelle et clinique; l'organisation de visites conjointes pour le plaidoyer et l'élaboration de stratégies efficaces de plaidoyer.

92. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document, vu l'impact négatif des MTN sur les groupes vulnérables. Ils ont sollicité des éclaircissements sur la définition des MTN, utilisée dans le document, et

demandé qu'un accent soit mis sur la réduction de la pauvreté et la réduction et/ou l'élimination de la stigmatisation au sein des groupes marginalisés tels que les pygmées, comme moyen de faire face au fardeau des MTN. Le Sous-Comité du Programme a également fait remarquer qu'il était nécessaire de renforcer la collaboration interpays et transfrontalière, dans le cadre de la mise en œuvre des diverses interventions ayant trait aux MTN. Le Sous-Comité du Programme a reconnu qu'il importe de faire intervenir des communautés économiques régionales dans les interventions ciblant les MTN.

93. En ce qui concerne les mesures proposées, les membres du Sous-Comité du Programme ont indiqué que le renforcement des systèmes de santé devrait être la principale mesure à prendre par les États Membres et que les autres mesures devraient alors suivre. Un accroissement de la participation communautaire aux interventions MTN a été conseillé. Le Sous-Comité du Programme a préconisé le renforcement des systèmes de surveillance systématique pour toutes les MTN. Les États Membres ont été invités à promouvoir la recherche sur les nouvelles thérapies et stratégies, étant donné que les thérapies existantes sont dans certains cas associées à de graves effets secondaires.

94. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme de l'intérêt manifesté à l'égard du document et a souligné qu'il est nécessaire que les membres du Sous-Comité du Programme plaident auprès de leurs gouvernements respectifs pour qu'ils accordent la priorité voulue aux MTN dans leurs programmes d'action en faveur de la santé. Il a été indiqué que la définition proposée serait revue afin d'inclure tous les éléments essentiels. Le Secrétariat a indiqué que le document serait révisé pour y inclure les contributions du Sous-Comité du Programme.

95. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ORIENTATIONS GÉNÉRALES POUR LA CRÉATION DE CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE, LES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA RÉGLEMENTATION ALIMENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (document AFR/RC59/PSC/11)

96. Le document définit les centres d'excellence pour la surveillance et la lutte contre la maladie (CEDSC) comme « *un réseau d'établissements de santé sélectionnés pour appuyer la surveillance de la maladie, les services de laboratoire et de réglementation alimentaire et pharmaceutique* ». La sélection de ces établissements est basée sur une série de critères tels que l'expérience, les résultats, la qualité, l'efficacité et l'efficacé.

L'objectif général des CEDSC est d'appuyer les efforts en cours visant à renforcer les capacités nationales essentielles pour la surveillance de la maladie, y compris, l'application du Règlement sanitaire international, les services de laboratoire de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique, par l'amélioration de la collaboration et de la coopération au sein d'un même État Membre et entre les États Membres.

97. L'absence d'une politique nationale et d'un cadre juridique pour guider la création de CEDSC et la faiblesse des systèmes de santé sont les obstacles majeurs à la création de ces centres et à la prestation subséquente de services de surveillance de la maladie, de laboratoire, et de réglementation alimentaire et pharmaceutique de qualité. La majorité des États Membres ont des capacités limitées ou inexistantes pour contrôler et réglementer l'importation d'aliments et de médicaments, ce qui se traduit par une prolifération des ventes de médicaments et de produits alimentaires de mauvaise qualité sur le marché ouvert.

98. Les mesures proposées consisteront notamment à conduire une évaluation des ressources nationales disponibles, à élaborer des politiques nationales exhaustives et des cadres juridiques sur les CEDSC, à entreprendre le plaidoyer auprès des directions et ministères pertinents sur la nécessité de créer un CEDSC intégré, à élaborer des plans nationaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, et à assurer le financement et la viabilité des centres.

99. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement les orientations proposées pour la création des centres d'excellence. Ils ont souligné que tous les pays n'auront pas la capacité de mettre en place leur propre centre d'excellence et ont insisté sur la nécessité d'une collaboration entre les États Membres dans ce domaine, particulièrement au niveau sous-régional. Dans le cadre de ces efforts, le rôle des communautés économiques régionales est considéré comme essentiel.

100. Des clarifications ont été sollicitées sur le type de centre d'excellence proposé, étant donné la situation actuelle où les différentes fonctions relatives à la surveillance de la maladie, aux laboratoires de santé publique, et à la réglementation alimentaire et pharmaceutique sont remplies par des institutions relevant de différents secteurs et fonctionnant sous divers organes de réglementation. Les membres du Sous-Comité ont reconnu la nécessité d'entreprendre des évaluations initiales des principales capacités et compétences pour orienter la création des centres d'excellence. Ils ont encouragé les États Membres et l'OMS à partager les résultats de ces évaluations. Le

processus de création de ces centres devrait inclure le renforcement institutionnel des capacités humaines, financières, techniques et logistiques.

101. Les membres du Sous-Comité ont demandé à l’OMS de plaider auprès des autorités nationales pour qu’elles facilitent l’intégration des différentes fonctions de recherche pour la santé et de surveillance qui pourraient exister sous diverses structures au sein de différents ministères. Le principe de l’intégration de la réglementation alimentaire et pharmaceutique à la surveillance de la maladie et aux laboratoires de santé publique a été remis en question, et il a été suggéré de séparer ces fonctions.

102. En réponse, le Secrétariat a insisté sur le fait que la création des centres d’excellence est une initiative très importante couvrant des domaines prioritaires qui aideraient à se préoccuper du fardeau des maladies transmissibles, de la détection et de la réaction précoces face aux épidémies, et du contrôle de la qualité des aliments et des médicaments. En guise d’éclaircissements, l’objectif n’est pas de renforcer les capacités dans tous les domaines au même endroit, mais de s’appuyer sur les capacités existantes, de maximiser la complémentarité en fonction du contexte épidémiologique, et d’améliorer la fonctionnalité par l’utilisation efficace de réseaux.

103. Le Secrétariat a rappelé que la Déclaration d’Alger de 2008 sur la Recherche pour la Santé a demandé à l’OMS d’appuyer la création de centres d’excellence sous-régionaux et régionaux, afin de développer la recherche pour la santé. Cet appel figure également dans l’Appel à l’Action de Bamako de 2008 sur la recherche en santé. À cette fin, le Secrétariat a pris des contacts initiaux avec certains pays. La nécessité pour les États Membres d’accorder la priorité à la recherche, d’investir davantage dans les capacités en ressources humaines et les technologies, et de mobiliser des ressources supplémentaires pour la recherche, a été soulignée.

104. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/3) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE ACTUELLE (document AFR/RC59/PSC/12)

105. Le document indique que la rapide transmission interhumaine actuelle du virus A(H1N1) qui a émergé récemment, ajoutée à sa propagation dans 41 pays en un mois, a suscité des inquiétudes quant à l’imminence d’une prochaine pandémie de grippe.

Au 20 mai 2009, 10 587 cas confirmés, dont 84 décès, avaient été notifiés à l'échelle mondiale. Neuf pays de la Région africaine (Afrique du Sud, Bénin, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Seychelles et Tanzanie) ont signalé des cas suspects, même si aucun cas n'avait encore été confirmé en laboratoire.

106. Dans le cadre de la riposte organisée par l'OMS à l'échelle mondiale, le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied des comités de gestion de la crise aux niveaux du Bureau régional, des équipes d'appui interpays et des bureaux de pays. En outre, l'OMS a envoyé plus d'un million de doses d'oseltamivir, un médicament antiviral, et des équipements de protection individuelle (PPE) à tous les pays de la Région. Les États Membres de la Région ont réagi à la menace de pandémie en réactivant leurs comités de gestion des épidémies et sont en train d'actualiser leurs plans de préparation et de riposte. Aussi bien lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine que lors de la Réunion extraordinaire des Ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, qui s'est tenue à Kinshasa du 9 au 11 mai 2009, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à mobiliser les ressources nécessaires pour atténuer les effets potentiels d'une pandémie de grippe en Afrique.

107. Les principaux enjeux et défis que doivent relever les États Membres sont les suivants: les effets négatifs potentiels d'une grippe pandémique sur les populations et sur les systèmes de santé de la Région africaine; la sensibilisation limitée du public aux questions de santé; l'inadéquation de la planification et de la préparation; les systèmes limités de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation, y compris le fait que le Règlement sanitaire international (2005) n'est pas pleinement appliqué; les capacités limitées des laboratoires; la coordination inadéquate des activités de riposte; l'inadéquation de la lutte contre la transmission des infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et la mobilisation et l'allocation insuffisantes de ressources.

108. Les mesures proposées pour permettre aux États Membres de se préparer aux effets d'une éventuelle pandémie de grippe et de les atténuer comprennent: l'atténuation de leur impact potentiel sur les populations et les systèmes de santé; la sensibilisation accrue du public aux questions de santé; le renforcement de la planification et de la préparation; l'intensification de toutes les composantes des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation; la prise en considération des capacités de laboratoire limitées pour le dépistage; la coordination efficace des activités de riposte; le renforcement de la lutte contre la transmission des

infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et l'amélioration des mécanismes de mobilisation et d'allocation de ressources.

109. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'importance du document et l'OMS pour son rôle moteur dans le plaidoyer, le partage de l'information exacte et à jour sur l'évolution de la situation, la distribution de lignes directrices techniques et la fourniture de stocks initiaux d'oseltamivir (Tamiflu), dans le contexte actuel d'une pandémie potentielle.

110. Des informations concernant les mesures mises en place par les pays pour se préparer et riposter à une éventuelle pandémie ont été échangées. Des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne le niveau de sensibilisation; la possibilité de disposer de fonds spécifiques pour mettre en œuvre les plans nationaux actualisés de préparation et de riposte; la disponibilité de stocks suffisants d'oseltamivir; la disponibilité de formulations pédiatriques; la disponibilité de lignes directrices sur la prise en charge des cas; et l'apparition potentielle d'une pharmacorésistance à l'oseltamivir, en raison d'une mauvaise utilisation et des médicaments contrefaits.

111. Les membres du Sous-Comité du Programme ont mis l'accent sur la nécessité de veiller à un engagement politique de haut niveau pour la collaboration et la coordination multisectorielle, interpays et sous-régionale; l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement; et l'accroissement de la sensibilisation du public. Un engagement politique de haut niveau favoriserait également l'accroissement des ressources et la mobilisation des fonds, y compris la création d'un fonds africain par les États Membres pour la gestion des épidémies. La nécessité de renforcer la surveillance, la recherche et les capacités de laboratoire et d'organiser des exercices de simulation, dans le cadre de la préparation et de la riposte aux épidémies, a été réitérée. Les membres ont également reconnu la nécessité de maintenir la vigilance et la préparation entre les épidémies et les pandémies.

112. Le Secrétariat a enregistré les commentaires faits par les membres du Sous-Comité du Programme et est convenu d'utiliser les suggestions proposées pour enrichir le document. Le Secrétariat a fait savoir à la réunion que l'Union africaine a abordé ce thème et un communiqué sur le sujet a été publié par la quatrième session ordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine. Même s'il n'a pas été perçu de fonds pour la prévention et la lutte contre l'épidémie en cours, des efforts sont déployés pour mobiliser des ressources à la suite de promesses faites à l'échelle mondiale. Le rôle catalyseur des fonds mis à disposition par l'OMS a été

souligné, et les pays devraient intensifier leurs efforts pour mobiliser des ressources financières supplémentaires.

113. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/4) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA RÉUNION DES DÉLÉGATIONS DE LA RÉGION AFRICAINE À L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AU CONSEIL EXÉCUTIF (document AFR/RC59/PSC/13)

114. Le document rappelle la mise en œuvre des termes de référence de la Réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif.

115. Le document note qu'il est nécessaire de renforcer la coordination entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Groupe africain à Genève et l'Union africaine (UA), en ce qui concerne la participation des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. L'importance de parler d'une seule voix au nom de l'Afrique et d'améliorer la qualité des interventions au cours des débats sur la santé mondiale a été soulignée.

116. Lors de la quatrième session ordinaire de leur Conférence tenue à Addis Abeba en mai 2009 les Ministres de la Santé de l'Union africaine ont recommandé que la répartition des tâches aux États Membres devant prendre la parole au nom de l'Afrique lors de l'Assemblée mondiale de la Santé se fasse selon les lois et règlements de l'UA. Le présent document examine la question de la coordination et revient sur le document AFR/RC57/INF.DOC/5 qui confie au Coordonnateur du Groupe africain la tâche d'assigner des responsabilités sur des points choisis de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif, en consultation avec l'UA. Par conséquent, les paragraphes 2.1 et 3.1 du document ont dû être révisés pour refléter les recommandations de l'UA.

117. Les membres du Sous-Comité du Programme, reconnaissant le rôle premier de l'OMS en tant qu'organisme chef de file en matière de santé, ont proposé d'amender les articles 2.1 et 3.1 pour refléter ce rôle de coordination lors des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Il a également été observé que les autres pays africains ont tendance à prendre la parole sur les points de l'ordre du jour retenus avant le pays désigné à cet effet. Il est nécessaire de corriger cette

situation. Des préoccupations ont également été soulevées concernant le caractère réaliste des délais proposés dans le document, et des éclaircissements sollicités sur les mécanismes en place pour tenir compte, de manière coordonnée, des contributions venues en retard des États Membres.

118. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs commentaires et contributions et a fait observer qu'il est important de différencier le rôle technique de l'OMS du mandat politique de l'UA. En ce qui concerne les délais, le Secrétariat a fait savoir que les propositions avancées sont faisables.

119. Pour garantir que le pays désigné interviendra avant les autres États Membres africains, le Secrétariat a assuré le Sous-Comité du Programme qu'une liste des pays désignés serait soumise aux présidents des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Les questions nouvelles et les situations urgentes seront abordées lors des réunions de coordination organisées au cours des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif.

120. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

VERS L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE DANS LA RÉGION AFRICAINE D'ICI 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)

121. Le document indique que la réduction de la mortalité rougeoleuse contribue substantiellement à l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4), et que le taux de couverture de la vaccination anti-rougeoleuse systématique est un indicateur clé pour mesurer les progrès vers l'atteinte de cet objectif. Grâce à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région africaine, le nombre estimé de décès par rougeole a diminué de 89 % entre 2000 et 2007. Ceci est en grande partie dû aux améliorations de la couverture vaccinale systématique et à la vaccination de 396 millions d'enfants contre la rougeole, dans le cadre des activités de vaccination supplémentaire (AVS) entre 2001 et 2008. Le rôle crucial de l'Initiative contre la rougeole, qui a aidé à mobiliser des ressources financières et a apporté un soutien technique à la Région africaine, a été salué.

122. À la suite de ces succès, le Groupe consultatif technique africain sur la rougeole a proposé l'adoption de cibles de pré-élimination pour procéder par étapes vers l'élimination de la rougeole. Par élimination de la rougeole, l'on entend l'absence de cas endémiques sur une période de douze mois ou plus, en se basant sur une surveillance appropriée et la satisfaction des critères suivants : réaliser et pérenniser

une couverture d'au moins 95 % à la fois par une première dose de vaccin anti-rougeoleux et une deuxième possibilité de vaccination dans tous les districts et au niveau national; avoir moins de 10 cas confirmés dans plus de 80 % des flambées de rougeole ou plus; et parvenir à une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé pour un million d'habitants par an.

123. Les principales difficultés qu'il reste à surmonter pour éliminer la rougeole dans la Région africaine sont la persistance d'une incidence élevée et des flambées de rougeole à grande échelle dans certains pays, la nécessité d'un engagement continu des États Membres, l'accès insuffisant aux services de vaccination qui sont par ailleurs de faible qualité, l'exécution peu satisfaisante de la surveillance, et la faible qualité des données de suivi de la couverture vaccinale.

124. Les mesures proposées sont notamment les suivantes : renforcer les systèmes de vaccination; atteindre des taux de couverture élevés lors de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaire ; remédier aux lacunes de la surveillance et à la faible qualité des données; œuvrer en faveur de l'appropriation nationale et de la participation communautaire; et se fixer l'objectif de l'élimination de la rougeole d'ici 2020. Le document invite les partenaires à continuer à appuyer les États Membres en mobilisant les ressources nécessaires pour parvenir à éliminer la rougeole.

125. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour avoir inclus ce document opportun et pertinent dans l'ordre du jour de la réunion. Ils ont reconnu les progrès considérables en ce qui concerne l'augmentation de la couverture vaccinale et la réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région. Même si les pays se trouvent à des stades différents de la lutte anti-rougeoleuse, les membres du Sous-Comité du Programme estiment qu'il ne faut pas pour autant s'empêcher de fixer un objectif d'élimination.

126. Les sujets de préoccupation sont les poches de faible couverture; l'inaccessibilité de certaines régions géographiques; les interruptions de la chaîne du froid; les rapports faisant état récemment de flambées rougeoleuses importantes dans certains pays; et les changements récents du schéma épidémiologique de la rougeole, avec une grande proportion d'enfants plus âgés et d'adultes touchés par la maladie. Les membres du Sous-Comité du Programme ont indiqué qu'il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé et de mobiliser des ressources additionnelles pour que la couverture vaccinale dépasse 85 %. Ils ont également mis en valeur l'expérience de

certaines pays qui montre qu'intégrer les activités dans un ensemble (surtout les AVS) contribue à améliorer la rentabilité et l'impact des interventions.

127. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions et a recommandé que la Région africaine adopte l'objectif de l'élimination, avec l'appui des partenaires internationaux et locaux. En mai 2009, le Conseil exécutif de l'OMS a examiné un document sur l'élimination mondiale de la rougeole et évalué les progrès réalisés dans chacune des régions. La faisabilité de l'élimination mondiale de la rougeole (rapport coût/efficacité, rôle de la vaccination systématique, systèmes de santé) est à l'étude, et les résultats seront présentés au Conseil exécutif en 2010. Dans ce contexte, la discussion sur un objectif régional africain d'élimination placerait la Région dans la perspective globale d'élimination de la rougeole. Bien que certains obstacles – logistique, financement, systèmes de santé et autres - à l'atteinte de cet objectif dans la Région africaine demeurent, les membres du Sous-Comité du Programme ont salué les succès considérables de ces dernières années dans la lutte contre la rougeole.

128. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME, Y COMPRIS DES PROJETS DE RÉOLUTIONS (document AFR/RC59/PSC/15)

129. Après avoir examiné le rapport, procédé à des débats et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport ainsi que quatre projets de résolutions qui seront soumis au Comité régional à sa cinquante-neuvième session en août 2009. Les résolutions portaient sur les points suivants : a) Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme: enjeux, défis et perspectives (AFR/RC59/WP/1); b) Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (AFR/RC59/WP/2); c) Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (AFR/RC59/WP/3); d) Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte d'une pandémie de grippe actuelle (AFR/RC59/WP/4).

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

130. Le Sous-Comité du Programme a décidé que le Président et le Vice-Président présenteraient le rapport de la réunion au Comité régional.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

131. Le Directeur régional a remercié le Gouvernement du Gabon pour son hospitalité qui a substantiellement contribué à la réalisation des objectifs de la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active à la réunion et pour l'excellente qualité de leurs contributions. Il a indiqué que les membres du Sous-Comité du Programme ont examiné minutieusement et fait des observations sur les documents techniques qui seront soumis au Comité régional à sa cinquante-neuvième session qui se tiendra en août 2009 à Kigali (Rwanda). Le Directeur régional a enfin remercié le Secrétariat, les interprètes et tout le personnel d'appui pour leur contribution au succès de la réunion.

132. Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publiques du Gabon, M. Idriss Ngari, qui a pris part à la cérémonie de clôture de la réunion au nom du Gouvernement du Gabon, a remercié l'OMS pour l'occasion offerte à son pays d'abriter la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité du Programme et félicité le Directeur régional pour son engagement à assurer le succès des travaux du Comité régional. Il a ensuite souhaité aux participants un bon voyage retour dans leurs pays respectifs.

133. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat du Botswana, du Burkina Faso, du Burundi, du Cameroun, du Cap-Vert, des Comores, du Congo, de la Côte d'Ivoire, de la République centrafricaine et du Tchad, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité. Ils seront remplacés par l'Érythrée, l'Éthiopie, le Gabon, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Libéria, Maurice, le Mozambique, la Namibie et la République démocratique du Congo.

134. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active aux travaux. Il a également remercié le Directeur régional et les autres membres du Secrétariat pour la bonne qualité des documents et pour leur contribution au succès de la réunion.

135. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

LISTE DES PARTICIPANTS

BOTSWANA

Mr Setshwano Sebakile
Mokgweetsinyana
Chief Health Officer-Disease Control

BURKINA FASO

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé

BURUNDI

Dr Charles Batungwanayo
Directeur général de la Santé publique

CAMEROUN

Dr Martin Ekeke Monono
Directeur de la Santé familiale

CAP-VERT

Dr Ildo Augusto de Sousa Carvalho
Conselheiro Técnico

TCHAD

Dr Nantoingar Kabo Gangroh
Secrétaire général adjoint
Ministère de la Santé publique

CENTRAFRIQUE

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission, Responsable du
suivi du Plan national de
Développement sanitaire II (PNDS II)

COMORES

Dr Moussa Mohamed
Directeur national de la Santé

CONGO

Pr Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé

CÔTE D'IVOIRE

Dr Félix Blédi Trouin
Directeur de Cabinet adjoint au
Ministère de la Santé et de l'Hygiène
publique

GAMBIE

Mr Saiku Janneh
Permanent Secretary

GHANA

Dr George Amofah
Deputy Director General
Ghana Health Service

GUINÉE

Dr M'Balou Diakhaby
Conseiller chargé des questions de
coopération au Ministère de la Santé et
de l'Hygiène publique

LESOTHO

Dr Piet McPherson
Director Clinical Services

Mrs Masebota Khuele
Chief Health Economic Planner
Ministry of Health and Social Welfare

MADAGASCAR*

Dr Dieudonné H. Rasolomahefa
Directeur général de la Santé

MALAWI

Dr Storn Kabuluzi
Director of Preventive Health Services

MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Dr Neerunjun Gopee
Chief Medical Officer, Mauritius

Dra. Juliana Afonso N. dos Ramos
Directora do Gabinete do Ministro da
Saúde
São Tomé et Príncipe

N'a pas pu participer.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC59/PSC/1)
4. Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/PSC/3)
5. Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/PSC/4)
6. Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/5)
7. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/PSC/6)
8. Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/7)
9. Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/PSC/8)
10. Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/9)
11. S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/10)
12. Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/PSC/11)

13. Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/PSC/12)
14. Termes de référence de la réunion des délégations africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif (document AFR/RC59/PSC/13)
15. Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)
16. Examen des projets de résolutions
17. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC59/PSC/15)
18. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
19. Clôture de la réunion.

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 2 JUIN 2009

9 h 00 - 9 h 20	<i>Inscription des participants</i>	
9 h 20 - 10 h 15	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture
10 h 15 - 10 h 25	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10 h 25 - 11 h 00	<i>(Photo de famille+ pause-café)</i>	
11 h 00 - 11 h 10	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC59/PSC/1)
11 h 10 - 12 h 30	Point 4 de l'ordre du jour	Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/PSC/3)
12 h 30 - 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 - 15 h 30	Point 5 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/PSC/4)
15 h 30 - 16 h 00	<i>Pause-café</i>	

16 h 00 -17 h 30	Point 6 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de La Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé Dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/5)
17 h 30	Fin des travaux du 1 ^{er} jour	
2ème JOUR: MERCREDI 3 JUIN 2009		
9 h 00 – 10 h 30	Point 7 de l'ordre du jour	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/PSC/6)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 -12 h 30	Point 8 de l'ordre du jour	Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/7)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 9 de l'ordre du jour	Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/PSC/8)
15 h 30 - 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 – 17 h 30	Point 10 de l'ordre du jour	Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/R59/PSC/9)

17 h 30 Fin des travaux du 2^{er} jour

19 h 00 *Réception offerte par le Directeur régional*

3^{ème} JOUR: JEUDI 04 JUIN 2009

9 h 00 – 10 h 30	Point 11 de l'ordre du jour	S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/10)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 12 de l'ordre du jour	Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/PSC/11)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 13 de l'ordre du jour	Renforcement de la Préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/PSC/12)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 – 17 h 00	Point 14 de l'ordre du jour	Termes de référence de la réunion des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif (document AFR/RC59/PSC/13)

17 h00 –18 h 00 **Point 15 de l'ordre du jour** Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)

Point 16 de l'ordre du jour Examen des projets de résolutions

18 h 00 **Fin des travaux du 3^{ème} jour**

4^{ème} JOUR: VENDREDI 05 JUIN 2009

16 h 00 – 16 h 30 **Point 17 de l'ordre du jour** Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme, y compris des projets de résolutions (document AFR/RC59/PSC/15)

Point 18 de l'ordre du jour Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité au Programme du Comité régional

Point 19 de l'ordre du jour **Clôture de la réunion**

RAPPORT DE LA TABLE RONDE SUR LE PARTAGE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ LOCAUX OU DE DISTRICT

Objectifs

1. Partager les expériences sur les actions concrètes prises par les pays pour renforcer leurs systèmes de santé locaux ou de district afin d'intensifier les interventions sanitaires à haut impact.
2. Mettre en relief les facteurs ayant contribué au renforcement des systèmes de santé de locaux ou de district.
3. Partager l'information sur les approches des pays pour la mesure de la performance et l'utilisation des résultats aux fins de révision de leurs politiques de décentralisation.
4. Recommander les stratégies pouvant être reprises ou adaptées dans d'autres milieux.

Déroulement des travaux

La Table ronde sur le partage des meilleures pratiques dans le renforcement des systèmes de santé locaux ou de district s'est tenue le 2 septembre 2009, sous la présidence du Professeur Babatunde Osotimehin, Ministre de la Santé du Nigeria, et la co-présidence du Dr Allah Kouadio Rémi, Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire. Le Facilitateur était le Représentant de l'OMS au Kenya. Quatre pays, à savoir le Burkina Faso, le Ghana, l'Ouganda et le Rwanda, ont présenté des exposés sur les meilleures pratiques. La présentation a été suivie des éclaircissements et des discussions.

Synthèse des exposés

Burkina Faso : Le Burkina Faso a élaboré une politique nationale de santé et un plan stratégique national pour la santé, fondés sur les Soins de Santé primaires. La politique de décentralisation a été mise en œuvre dans le secteur de la santé, avec la création de 55 systèmes de santé de district (SSD). Les fonds disponibles sont alloués aux SSD pour couvrir les priorités convenues. Un paquet sanitaire de base a été défini et est en cours de mise en œuvre, en ciblant essentiellement les zones mal desservies. Le renforcement des capacités dans la planification, la budgétisation, la mise en

œuvre, le suivi et l'évaluation est une priorité, tout comme l'utilisation du processus de gestion basée sur la performance pour la décentralisation. Des indicateurs de progrès en santé ont été identifiés et sont mesurés sur une base régulière aux fins de prise de décisions concernant l'allocation des ressources financières. Un processus d'audit interne et externe a été mis en place, et certaines fonctions liées aux services de santé ont fait l'objet d'une externalisation. Les plans opérationnels sont évalués, et les résultats des évaluations sont partagés par le biais de rapports trimestriels, de bulletins sur la rétroaction, de réunions de revue et de réunions de suivi. Les résultats ont montré que des progrès ont été réalisés dans l'intensification des interventions de santé essentielles et dans l'amélioration de la santé des populations. À titre d'exemple, le ratio de mortalité maternelle a été ramené de 484 à 307 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que la proportion d'accouchements assistés par des personnels qualifiés est passée de 36,1 % en 1992 à 65,2 % entre 2001 et 2008.

Ghana : Le Ghana a concentré ses efforts de décentralisation sur les SSD, y compris les hôpitaux de district qui sont semi-autonomes, en leur fournissant directement des fonds pour les rendre opérationnels, afin d'étendre la couverture des services de soins de santé de base à tous les Ghanéens, ce qui est un objectif majeur du Ministère de la Santé. En 1997, l'initiative pour la planification et les services de santé à base communautaire (CHPS) a été lancée dans quelques districts et est maintenant devenue une politique nationale appliquée à l'échelle de l'ensemble du pays. L'initiative CHPS est un processus de changement organisationnel qui fait appel aux ressources des communautés pour la supervision des programmes, la prestation de services et la main-d'œuvre pour les travaux de construction. À ce titre, elle vise à promouvoir à l'échelle nationale la mobilisation en faveur de l'action et du leadership au niveau communautaire dans la fourniture des soins de santé. L'initiative CHPS a contribué à la réorientation et à la relocalisation des soins de santé primaires des centres de santé des sous-districts vers des lieux communautaires appropriés, en faisant appel aux agents de santé du secteur public et aux agents de santé communautaires. Les données concernant les décès maternels enregistrés dans le district de Nkwanta entre 1995 et 2003 font ressortir une baisse de 31 à 1. L'initiative a commencé à attirer l'attention de la communauté internationale, y compris des voyages d'études/échanges par des groupes venant de l'Éthiopie, de la Sierra Leone et du Nigeria, ces derniers mois.

Rwanda : En 2005, le Ministère de la Santé a élaboré une politique nationale et préparé, en 2007, le deuxième Plan stratégique national pour la santé (NHSP II) qui couvre la période 2008-2012. Les deux documents mettent en relief le rôle central des districts de santé dans l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité. Le

NHSP II met l'accent sur : i) la planification familiale, la santé maternelle, la santé et la nutrition de l'enfant; ii) la prévention; iii) les services de santé de haute qualité ; et iv) la promotion de la santé. Les nouvelles interventions prescrites par le NHSP II sont notamment : la promotion d'un système de santé basé sur la performance; l'accréditation de la qualité des services; la promotion de l'assurance maladie à base communautaire ; les services de santé communautaires; et le transport d'urgence de qualité. Grâce à la bonne gouvernance, aux contrats de performance concernant l'administration territoriale, y compris les indicateurs de santé, à la réduction du risque financier et à la solidarité dans le partage des coûts, à l'intégration/décentralisation des services de santé, au financement de la santé à base communautaire, et à la promotion de la santé communautaire, le Rwanda a fait des progrès, comme en témoigne la réduction de la mortalité chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans, entre 1992 et 2007-2008, de 85 pour 1000 à 62 pour 1000, et de 150 pour 1000 à 103 pour 1000, respectivement. Entre 1992 et 2005, le ratio de mortalité maternelle a chuté de 1071 pour 10 000 naissances vivantes à 750 pour 100 000 naissances vivantes. La proportion d'accouchements bénéficiant d'une assistance par des personnels qualifiés est passée de 26 % en 1992 à 53 % en 2007-2008. Les innovations dans le secteur de la santé qui ont contribué à ces résultats au Rwanda sont, entre autres, la coordination des partenaires intervenant dans le secteur de la santé et les interventions et financements basés sur la performance.

Ouganda : L'Ouganda a élaboré une politique nationale de santé, un plan stratégique national pour la santé et un paquet sanitaire essentiel, conformément aux Soins de Santé primaires. L'Ouganda utilise un processus complet de planification de la base vers le sommet, les financements disponibles étant orientés vers les priorités convenues et le renforcement des capacités. La prestation de services de santé, basée sur un ensemble défini d'interventions, est intégrée à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire. Les formations sanitaires mettent en œuvre des initiatives intégrées pour atteindre les communautés. S'agissant du suivi et de l'évaluation, des systèmes d'information de gestion en santé et des outils de surveillance intégrée de la maladie et riposte ont été adoptés, et les capacités du personnel renforcées dans la production, l'analyse et l'utilisation des données. Des indicateurs de performance des districts ont été sélectionnés et adoptés, pour utilisation par les services de santé. Des mécanismes de rétroaction sur la performance ont été institutionnalisés. La supervision et le suivi intégrés des districts se font sur une base régulière, et les équipes de gestion sanitaire des districts appuient les unités des niveaux inférieurs. En termes de résultats, la planification, la gestion des ressources et la mise en œuvre des politiques ont été décentralisées en faveur des districts et des sous-districts de santé. L'intégration des normes de qualité des soins dans le programme Étoile jaune a aidé les districts et les sous-districts dans leurs efforts pour parvenir à

l'uniformisation de la qualité des services en utilisant les ressources limitées disponibles, et la création de postes de cadres supérieurs dans les districts et les hôpitaux a motivé plusieurs agents de santé pour qu'ils acceptent d'être affectés dans les zones rurales. Enfin, l'institution d'équipes de santé au niveau des villages a eu un impact considérable sur l'hygiène/assainissement et l'utilisation des services de santé là où toutes les structures ont été mises en place.

Enjeux et défis

Au cours des discussions, les enjeux et défis suivants ont été mis en lumière :

- Passage de la prestation fragmentée des soins de santé à des soins de santé complets, continus et intégrés.
- Orientation des politiques vers le renforcement des districts de santé, avec un accent particulier sur le leadership, le financement, les personnels de santé, l'information sanitaire, les technologies sanitaires et la prestation de services.
- Amélioration de l'équité en santé et réduction de l'exclusion, par des initiatives visant à réaliser l'accès universel : i) mise en place des districts de santé, extension de la prestation de services et élimination des obstacles à l'accès; et ii) conception de mécanismes équitables de financement, qui permettent d'éviter les dépenses de santé exorbitantes.
- Renforcement des capacités pour un rôle moteur plus participatif, plus inclusif et plus proactif des SSD.
- Promotion de la participation effective des populations et de la collaboration avec les organisations de la société civile.

Recommandations

Les participants ont fait les recommandations suivantes :

- Établissement de liens entre les meilleures pratiques et les approches pour l'intensification des interventions de santé essentielles pour l'atteinte des OMD relatifs à la santé.
- Renforcement des systèmes d'information sanitaire pour s'attaquer efficacement aux inégalités en santé par la réorientation des politiques.
- Garantie de la disponibilité au niveau périphérique d'agents de santé salariés à plein temps, complétés par des volontaires dans le contexte de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé.

- Plus grand accent à mettre sur la motivation et la fidélisation des personnels de santé, par l'amélioration de l'environnement de travail et d'autres intrants.
- Promotion de mécanismes de revue par les pairs pour le suivi de la performance des systèmes de santé, la diffusion et l'utilisation des résultats.
- Mise en place d'une plateforme pour l'échange d'expériences entre pays dans le renforcement des systèmes de santé.

Conclusion

Pour conclure la Table ronde, le Président a remercié le Bureau régional d'avoir inscrit ce point à l'ordre du jour de la session du Comité régional. Il a félicité les quatre pays qui ont partagé leurs riches expériences dans le renforcement des systèmes de santé de district, tout en saluant les contributions substantielles apportées par les délégués. Il a également exprimé sa satisfaction pour la haute qualité des discussions et a encouragé le Secrétariat à poursuivre de tels échanges lors des sessions futures du Comité régional et d'autres assises. Il a ensuite résumé les discussions et souligné la nécessité d'associer le secteur privé à la prestation de services, d'autant plus que dans certains pays, le secteur privé représente plus de 60 % des prestataires de services (c'est le cas au Nigeria).

Le Directeur régional s'est félicité des expériences des pays et des discussions tenues. Il a souligné la nécessité d'étendre les discussions dans un ou deux domaines prioritaires du Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, au cours des prochaines sessions du Comité régional.

ANNEXE 6

DISCOURS DU DIRECTEUR RÉGIONAL, DR LUIS GOMES SAMBO

Excellence M. Paul Kagame, Président de la République du Rwanda,
Monsieur le Président de la cinquante-huitième session du Comité régional,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Madame le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir et un honneur tout particulier de vous souhaiter à tous la bienvenue à cette cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Excellence M. Paul Kagame, je voudrais avant toute chose exprimer à vous-même ainsi qu'à votre gouvernement et au peuple rwandais toute notre gratitude pour l'hospitalité qui nous est offerte et pour la qualité des dispositions prises en vue de cette réunion. Signe de votre leadership et de votre sagesse, l'offre du Rwanda d'accueillir la session dans cette belle ville de Kigali atteste de votre engagement et de votre appui envers l'action de l'OMS et les efforts de développement sanitaire en Afrique.

Je voudrais souhaiter une chaleureuse bienvenue aux Ministres de la Santé et aux partenaires au développement, et je formule l'espoir que votre séjour à Kigali et votre participation à cet événement soient placés sous le signe de la convivialité et de la productivité.

Cette session se tient en un moment où les pays de la Région ressentent les effets de la récession économique mondiale, de la montée des inégalités sociales et de l'apparition d'épidémies et de maladies émergentes, autant de facteurs qui freinent nos efforts collectifs pour atteindre les OMD. Malgré ces défis, certains pays ont accompli des progrès sensibles en vue de la réalisation des OMD liés à la santé et d'autres objectifs de santé convenus au niveau international. Nous devons accepter le principe que les résultats obtenus par les systèmes de santé dépendent de la façon dont ceux-ci sont conçus et gérés, et que si les systèmes de santé ne réalisent pas les résultats attendus, ils doivent être réformés.

En conséquence, nous ne devons pas hésiter à explorer nos capacités à innover et à intensifier de nouveaux moyens permettant d'améliorer la performance des systèmes de santé et les résultats dans le domaine de la santé.

Conformément à vos avis de l'an dernier, le Comité régional va examiner cette année des questions importantes, notamment:

- les progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD liés à la santé;
- le cadre proposé pour la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique;
- les orientations pour la mise en œuvre du Budget Programme de l'OMS pour 2010 – 2011 dans la Région africaine;
- le projet de code mondial de pratique pour le recrutement international des personnels de santé;
- le cadre pour l'accélération de la lutte contre le paludisme dans la Région africaine : tirer parti des nouvelles opportunités;
- la stratégie d'accélération de la lutte contre la rougeole, en s'appuyant sur les succès antérieurs et en saisissant les opportunités offertes par le plan mondial pour l'élimination de la rougeole;
- la préparation et la riposte aux épidémies, y compris les moyens d'atténuer les effets de la pandémie actuelle de grippe A(H1N1);
- le cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé et les discussions sur les critères de création des centres d'excellence;
- la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle en vue de l'amélioration de l'accès aux biens sanitaires publics.

Les délégués auront l'occasion de se concentrer sur la pandémie due au VIH/sida – le plus grave défi pour la santé publique en Afrique sub-saharienne – sujet pour lequel j'ai demandé à des invités spéciaux d'être présents parmi nous. Je voudrais mentionner Son Excellence le Dr Festus Mogae, ancien Président du Botswana et président des *Champions pour une génération sans VIH*, qui prendra la parole au cours de cette cérémonie d'ouverture; Son Excellence le Dr Jorge Sampaio, ancien Président du Portugal et Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'initiative Halte à la Tuberculose, qui prendra la parole au cours de la séance spéciale

sur la co-infection VIH-tuberculose ; M. Michel Sidibe, Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA), avec lequel nous avons d'excellents liens de collaboration, qui prononcera un discours d'orientation en plénière ; et Son Excellence Madame Jeannette Kagame, Première Dame de la République du Rwanda qui prendra la parole lors d'une séance spéciale au Comité régional, en sa qualité de Haut Représentant du Programme africain pour un vaccin contre le sida. Je suis convaincu que le leadership et l'engagement de ces invités spéciaux imprimeront l'élan voulu aux efforts déployés actuellement aux niveaux mondial et continental pour inverser les effets dévastateurs de la pandémie de VIH/sida.

La réunion sera aussi l'occasion d'accorder l'attention voulue au problème ardu de la très forte mortalité maternelle. Cette année, nous allons célébrer pour la première fois la Journée mondiale de la Santé de la Femme, ce pour quoi j'ai invité Me Bience Gawanas, Commissaire de l'Union africaine pour les Affaires sociales, et Mme Afoussatou Diarra, Juge à la Cour suprême du Mali, qui s'exprimeront au sujet de la santé de la femme et des nouvelles initiatives pour l'améliorer. Ensemble, nous identifierons de nouveaux moyens de mettre un terme à cette tragédie et de donner un nouvel espoir aux femmes enceintes en Afrique subsaharienne.

Excellence M. le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Honorables délégués, Mesdames et Messieurs,

Il y a cinq ans, lorsque j'ai pris mes fonctions de Directeur régional, j'ai entrepris de renforcer la mobilisation des ressources en faveur des pays, de renforcer et de développer les partenariats pour la santé, d'accroître l'appui aux systèmes de santé, de promouvoir l'intensification des interventions de santé essentielles ayant fait leurs preuves et, enfin, de renforcer les moyens face d'agir sur les principaux déterminants de la santé.

J'ai le plaisir de vous informer que, grâce à la contribution généreuse et très conséquente de vous tous, Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé, des partenaires internationaux de la santé et de toute la communauté internationale, d'importants progrès ont été réalisés dans ces domaines.

Pour renforcer la réactivité de l'OMS à l'égard des pays, il a été entrepris une restructuration fondamentale du Bureau régional dans le cadre de laquelle ses structures fonctionnelles, ses organes de gestion et son plan opérationnel ont été

ajustés pour mieux répondre aux priorités et aux défis régionaux. Des fonctions de coopération technique ont été déléguées et des ressources décentralisées vers trois équipes interpays d'appui technique implantées à Ouagadougou, Libreville et Harare, afin d'apporter en temps voulu les moyens nécessaires aux pays pour leurs programmes de santé prioritaires. La création des Équipes d'appui interpays a considérablement bénéficié de l'appui des Chefs d'État et de Gouvernement du Burkina Faso, du Gabon et du Zimbabwe à qui je tiens à exprimer ma profonde gratitude. Vous êtes témoins de l'efficacité de ces équipes face aux situations d'urgence telles que les épidémies et les catastrophes.

Pendant ces dernières années, nous avons également entrepris et appuyé des actions visant à développer le plus possible la synergie et la cohérence entre les partenaires internationaux de la santé, ce qui a permis une harmonisation avec les priorités, politiques et systèmes au niveau national. Il convient de mentionner tout spécialement l'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), un mécanisme novateur de collaboration entre la Banque africaine de Développement, l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'UNFPA, la Banque mondiale et l'OMS, destiné à apporter un appui conjoint aux pays de manière cohérente et coordonnée. Nous avons d'autre part encouragé la collaboration avec les partenaires bilatéraux et d'autres organes de coordination multi-institutions, dans l'esprit de la Déclaration de Rome et, plus récemment, du Programme d'action d'Accra pour l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

Dans le cadre de la réforme du système des Nations Unies, l'OMS a rejoint les équipes de Directeurs régionaux des Nations Unies basées à Johannesburg et Dakar, en tant que chef de file du groupe Santé. Je voudrais aussi mentionner l'amélioration de la collaboration entre le Bureau régional et l'Union africaine, la Commission économique pour l'Afrique, la SADC, la CDEAO, la CEMAC et l'ECOSA. Qu'il me soit permis de mentionner l'attention spéciale accordée aux petits États insulaires en développement avec lesquels nous avons établi un forum pour le partage d'expériences sur les questions de santé publique d'intérêt commun.

Dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, le Bureau régional a apporté un important appui aux pays pour la formulation de leurs politiques de santé et pour la planification stratégique. Des politiques et stratégies régionales de santé ont été élaborées par le Bureau régional et ont été adoptées par le Comité régional pour guider l'élaboration et la révision des politiques et programmes nationaux de santé. Les experts de l'OMS ont également joué un rôle décisif dans l'appui fourni aux pays pour l'élaboration de leurs propositions soumises à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et au Fonds mondial de lutte

contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), qui fournissent actuellement des dons pour appuyer les systèmes de santé.

À ce niveau, je voudrais souligner, pour m'en féliciter, le rôle de plaidoyer et de leadership joué par les Ministres de la Santé qui représentent la Région africaine au sein des conseils de la GAVI, du Fonds mondial, de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et d'autres initiatives et mécanismes mondiaux en faveur de la santé. Notre engagement collectif de renforcer les systèmes de santé a débouché sur l'adoption de la Déclaration de Ouagadougou à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en Afrique, tenue en avril 2008. De même, en juin 2008, la Déclaration d'Alger, adoptée à la Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé, a fourni une feuille de route pour le renforcement des systèmes de santé par le renforcement de l'accent mis sur la recherche en santé, les systèmes d'information et la gestion des connaissances. Ces prochains jours, nous allons examiner et adopter des moyens d'appliquer ces deux importantes déclarations.

En ce qui concerne l'intensification des interventions de santé essentielles pour atteindre les OMD liés à la santé, des progrès ont été faits dans certains pays dans les domaines du VIH/sida du paludisme et de la santé de l'enfant. Pour ce qui est de la santé maternelle, en dépit des connaissances et des outils existants, aucun progrès n'a été fait. Grâce aux investissements consentis dans la lutte antituberculeuse, le taux de couverture du traitement DOTS s'est amélioré. Cependant, le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont compliqués par la forte prévalence du VIH/sida, principal moteur de l'épidémie actuelle de tuberculose dans la Région africaine, environ 38 % des personnes souffrant de tuberculose étaient co-infectées par le VIH. L'existence de formes de tuberculose à bacilles multirésistants et ultrarésistants a entraîné l'apparition de problèmes supplémentaires pour la lutte antituberculeuse.

À mon avis, l'intensification des efforts de lutte n'a pas encore permis d'atteindre le niveau idéal de couverture, en dépit de l'accroissement de l'appui des partenaires. La couverture de la vaccination systématique a progressé et a contribué à certaines avancées en vue de la réalisation de l'OMD 4. Malgré tout, l'éradication de la poliomyélite continue de poser un sérieux problème. La communauté internationale est vivement préoccupée par la propagation de la polio en Afrique. Après des progrès significatifs sur la voie de l'éradication de cette maladie, la Région africaine a connu récemment un revers avec l'accroissement du nombre d'enfants paralysés des suites de la poliomyélite dans quelques pays en 2009.

Nous saluons les efforts déployés par les États Membres pour faire face à la flambée actuelle, et protéger les nourrissons et les jeunes enfants. Toutefois, dans tous les pays touchés, il est nécessaire d'atteindre tous les enfants de moins de cinq ans pendant les campagnes de vaccination de proximité. Il est nécessaire de conduire au moins deux rondes annuelles consécutives de campagnes préventives synchronisées de qualité au cours des trois prochaines années, tout en renforçant la vaccination systématique.

L'Afrique subsaharienne est exposée à des épidémies de maladies comme le choléra, les fièvres hémorragiques, la grippe aviaire H5N1 et, plus récemment, la grippe A(H1N1) qui est apparue dans la Région, faisant peser un fardeau supplémentaire sur les systèmes de santé. A l'heure actuelle, la pandémie de grippe A(H1N1) touche 20 pays sur 46, avec au total 3867 cas notifiés, dont 11 décès dans la Région.

Je suis convaincu que la seule façon pour les pays de faire face au lourd fardeau des maladies, de la mortalité maternelle et infantile, des épidémies récurrentes et des maladies émergentes consiste à renforcer les systèmes de santé, avec un accent particulier sur le renforcement des capacités en termes de ressources humaines et techniques et de technologies sanitaires au niveau local. Il s'agit là d'un défi qui nous interpelle tous, en particulier les gouvernements à qui incombe la responsabilité de conduire les processus de développement. Les partenaires internationaux intervenant en faveur de la santé doivent également jouer un important rôle dans la fourniture d'un appui plus global aux systèmes nationaux de santé, au lieu de cibler des maladies ou affections spécifiques. Nous avons besoin d'une approche plus critique pour la réforme des systèmes de santé et nous devons accélérer la cadence de la mise en œuvre de nos plans, afin de réaliser des résultats plus significatifs en termes d'amélioration de la situation sanitaire des populations.

Pour agir sur les déterminants de la santé, le Bureau régional a contribué à accroître la sensibilisation aux risques environnementaux pour la santé, à l'usage nocif de l'alcool, au tabagisme, aux comportements sexuels à haut risque et à d'autres facteurs de comportement à risque. Des enquêtes ont été faites dans presque tous les États Membres et les facteurs de risque identifiés, ce qui a permis de rassembler des faits pour l'élaboration de programmes concernant des maladies non transmissibles comme les affections cardiovasculaires, le cancer, le diabète et la drépanocytose, entre autres.

Excellence Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Honorés délégués, chers participants et invités,

Vous trouverez plus de détails sur mon action en tant que Directeur régional ces cinq dernières années dans un document qui a été distribué.

Au cours de mon présent mandat, je me suis rendu dans 44 pays de la Région et j'ai eu le privilège de voir les efforts consentis par les gouvernements et leurs partenaires pour améliorer la santé de leur population. J'ai pris conscience des moyens par lesquels l'OMS pourrait trouver un meilleur créneau stratégique afin de compléter les efforts des gouvernements et mobiliser les synergies existantes avec d'autres partenaires du développement sanitaire. C'est ainsi que nous avons pu mettre à jour les stratégies OMS de coopération avec les 46 pays de la Région.

Je vous remercie de la confiance et de l'honneur que vous m'avez témoigné en me confiant les fonctions dans le cadre desquelles j'ai pu me mettre au service de la Région. Cela aurait été impossible sans l'appui indéfectible de vous tous, Mesdames et Messieurs les Ministres, du Directeur général et de tous les membres du personnel dans la Région africaine, auxquels j'exprime ma sincère gratitude.

Je formule le vœu de pouvoir continuer à jouir de votre confiance et de travailler au service de l'Afrique et de l'Organisation mondiale de la Santé pour un nouveau mandat, de manière à consolider les bases mises en place ces dernières années.

Je vous remercie de votre attention.

**ALLOCUTION PRONONCEE PAR SON EXCELLENCE FESTUS MOGAE,
ANCIEN PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE DU BOTSWANA ET PRESIDENT
DE L'INITIATIVE CHAMPIONS POUR UNE GENERATION SANS VIH**

Excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique,
Mesdames et Messieurs les membres du corps diplomatique,
Honorables invités et participants,
Mesdames et Messieurs,

Je suis très heureux d'avoir l'occasion de m'adresser à cette noble assemblée à laquelle il incombe de prendre des décisions concernant notre santé dans la Région. Je voudrais remercier le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, de m'avoir invité ici. Je remercie également le Président Kagamé et son Gouvernement d'avoir bien voulu accueillir la session.

C'est pour moi un privilège car j'ai ainsi l'occasion de faire part de mes vues et de mes expériences concernant la lutte contre l'épidémie de VIH/sida dans la Région, et aussi de tirer parti de vos diverses compétences face à cette maladie complexe qui continue à faire des ravages parmi les populations de l'Afrique subsaharienne.

Permettez-moi de féliciter les Etats Membres de leur engagement de plus en plus ferme à l'égard de l'amélioration de la santé de nos peuples d'une façon générale et de la lutte contre l'épidémie de VIH/Sida en particulier.

Comme vous le savez, l'Afrique subsaharienne continue de supporter du fait du VIH/sida un fardeau de taille disproportionnée. Plus de 22 millions de personnes dans notre Région vivent avec le VIH - plus d'un million d'entre elles ont contracté l'infection l'an dernier - et jusqu'à 1,5 million de décès sont imputables à cette maladie. Parallèlement, 11,6 millions d'enfants ont perdu un de leurs parents sinon les deux. Ils sont donc très vulnérables à la maladie et à l'exploitation. Ce ne sont pas là seulement des chiffres, ce sont des êtres humains, et les répercussions sont terribles pour notre continent.

Malgré tout, des progrès ont été faits en Afrique dans la lutte contre le sida, même si la tendance n'est pas uniforme. Alors que les pays ont élaboré et adopté différents programmes et stratégies d'intervention, il reste de toute urgence

nécessaire de regrouper les efforts, notamment ceux des dirigeants africains pour lutter contre le VIH et le sida. Les responsables africains doivent comprendre que le sida constitue une grave menace au niveau du leadership ; au lieu d'éluder le problème, ils doivent s'impliquer dans sa solution.

Je voudrais évoquer devant vous l'une des initiatives lancées l'an dernier pour développer le combat contre le VIH et le sida en y associant les responsables africains au plus haut niveau. Je m'adresse à vous en tant que président d'un groupe connu sous le nom de *Champions pour une génération sans VIH*. Il s'agit d'un groupe d'anciens Présidents africains et d'autres personnalités africaines de renom.

Nous nous sommes rassemblés pour lancer un appel aux dirigeants africains afin qu'ils relancent et intensifient les efforts pour prévenir la propagation du VIH. La mise sur pied de cette initiative a été annoncée en août 2008 durant la dix-septième Conférence internationale sur le sida, tenue à Mexico, et l'initiative proprement dite a été lancée à Gaborone en septembre.

Les champions sont le Dr Kenneth Kaunda, ancien Président de la Zambie, M. Joaquim Chissano, ancien Président du Mozambique, et M. Benjamin Mkapa, ancien Président de la Tanzanie.

Parmi les champions figurent également Mgr Desmond Tutu, Prix Nobel de la paix, M. Edwin Cameron, juge à la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, le Professeur Miriam Were, présidente du Conseil kényen de lutte contre le sida et de l'« Africa Medical and Research Foundation », Mme Liya Kebede, une « top model » basée à New York qui est également ambassadrice itinérante de l'OMS, le Dr Speciosa Wandira, ancien vice-président de l'Ouganda, et Mme Joyce Mhavi, présidente du Comité d'orientation du partenariat des médias radiotélévisés africains contre le VIH et le sida.

Notre mission est d'user de notre autorité et de notre expérience pour promouvoir les meilleures pratiques en insistant sur la prévention. Nous préconisons un leadership plus affirmé et plus ouvert dans notre Région, la mobilisation de la communauté internationale et la collaboration avec des organisations partenaires stratégiques en Afrique qui puissent mobiliser les dirigeants au plus haut niveau et les informer. De plus, nous plaidons en faveur des changements sociaux nécessaires pour atteindre le but d'une génération sans VIH et sans sida.

Notre campagne vise les chefs d'Etat et de gouvernement en exercice, qui sont notre cible essentielle. Nos cibles secondaires sont les ministres, les membres du Parlement, les dirigeants de la société civile et des organisations religieuses et confessionnelles, les responsables des groupes de personnes vivant avec le sida, les chefs traditionnels et les médias.

Depuis le lancement de l'initiative en septembre 2008 à Gaborone, nous avons participé à la Quinzième Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique, qui s'est tenue à Dakar, Sénégal, en décembre 2008 et a débouché sur d'intéressants résultats.

La première réunion du groupe à Gaborone a été l'occasion d'échanger des idées car c'était la première fois que nous nous retrouvions en tant que Champions pour une génération sans VIH. C'était pour nous une première occasion de définir nos stratégies pour pouvoir nous acquitter de notre mandat. C'est ainsi qu'est née l'idée des visites dans les pays pour consulter les dirigeants politiques et d'autres parties prenantes de la lutte contre le VIH et le sida.

Notre réunion à Gaborone nous a par ailleurs donné l'occasion de nous informer auprès de l'Agence nationale de coordination pour le sida au Botswana de ses programmes et de ses stratégies.

Nul n'ignore comment le Botswana a réagi au problème. Aujourd'hui, près de 90% des personnes nécessitant un traitement reçoivent gratuitement des antirétroviraux ; la mortalité a reculé, tombant à 10% des personnes vivant avec le virus, et la proportion de cas de transmission mère-enfant est tombée à 4%. Nous avons d'autre part développé le dépistage du VIH et l'action de conseil.

Les visites des Champions dans les pays ont débuté cette année. Dans le but de mobiliser les dirigeants, nous nous sommes rendus au Mozambique et en Namibie. Lors de ces visites, nous avons rencontré les plus hauts responsables et de nombreux « Champions » qui travaillent assidûment, jour après jour, pour combattre le VIH et le sida.

Nous avons été bien reçus par les présidents de ces deux pays, le Président Armando Guebuza du Mozambique et le Président Hifikepunye Pohamba de la Namibie, ainsi que par leurs ministres. Nous avons eu des discussions franches et ciblées avec toutes les personnes rencontrées. Nous avons pu voir les progrès réalisés, ce qui a renforcé encore notre volonté d'œuvrer pour une génération sans VIH. Nous considérons notre mission comme un sacerdoce visant à sauver les masses africaines.

En Namibie comme au Mozambique, les Champions ont insisté sur quatre problèmes clés après consultation des partenaires dans le pays. Il s'agit de la circoncision masculine, de la multiplicité des partenaires sexuels, de la problématique hommes-femmes, de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que du financement des initiatives anti-sida dans le cadre plus large du renforcement des systèmes de santé.

La circoncision masculine est l'un des domaines prioritaires pour les champions parce que nous nous fiions aux données qui montrent qu'elle contribue à réduire le risque de transmission du VIH chez les hommes hétérosexuels dans une proportion allant jusqu'à 65%. Nous recommandons qu'elle soit introduite dans le cadre d'une stratégie globale de prévention incluant l'emploi correct et régulier du préservatif et la fidélité à une partenaire.

Nous avons insisté sur le fait que, si la circoncision masculine est pratiquée, elle permettra d'éviter environ deux millions d'infections en Afrique australe ces dix prochaines années et de sauver jusqu'à quatre millions de vies au cours des vingt prochaines années. Nous avons quitté le Mozambique avec l'assurance que les dirigeants politiques du pays étaient résolus à lutter contre le VIH et le sida. Nous continuerons à suivre la situation pour veiller à ce que cet engagement ne se relâche pas.

Dans les deux pays, les Champions ont d'autre part mis en relief d'autres questions, là encore après consultation du gouvernement et des partenaires interpays. Il s'agit notamment du leadership de la riposte au VIH, de la stratégie de prévention, de la pérennité de la riposte ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination.

Nous avons félicité le gouvernement namibien des remarquables progrès accomplis au niveau de la riposte au VIH, notamment l'expansion rapide des prestations pour les personnes vivant avec le virus, ainsi que le programme de prévention de la transmission mère-enfant.

Nous avons constaté avec satisfaction que la Namibie a levé les restrictions à l'entrée sur le territoire imposées aux personnes vivant avec le VIH. Le refus d'accorder des prêts immobiliers aux personnes vivant avec le VIH est une forme de discrimination qui préoccupait les Champions et nous avons demandé au Gouvernement d'intervenir.

De même, au Mozambique, nous avons pu voir que les dirigeants étaient résolus à prendre la tête de la lutte contre le VIH et le sida. L'une des réunions que nous avons tenues a rassemblé douze membres du Gouvernement, ce dont nous nous sommes félicités.

Les Champions ont rencontré non seulement des responsables gouvernementaux et des membres de la société civile mais aussi le père fondateur de la nation, l'ancien président Sam Nujoma.

Notre expérience au Mozambique et en Namibie a montré que certains dirigeants africains agissaient pour sauver leur peuple mais aussi qu'ils étaient prêts à écouter les avis qui leur étaient donnés. J'espère que nous susciterons la même attention lorsque nous nous rendrons dans d'autres pays d'Afrique australe et dans des pays situés en dehors de la sous-région.

Je lance donc un appel aux dirigeants nationaux de tous les niveaux et de tous les horizons sociaux pour qu'ils se joignent à nous et se fassent les champions de la lutte contre le VIH/sida et de la prévention du VIH en particulier. J'invite d'autre part instamment les populations de la Région africaine et les partenaires du développement sanitaire à redoubler d'efforts, en particulier dans le domaine de la prévention du VIH.

Nous devrions tous être des champions si nous voulons gagner cette guerre. Comme je l'ai dit auparavant, la prévention de nouvelles infections devrait être notre priorité No 1, No 2 et No 3. Nous sommes donc invités à redoubler d'efforts en tant que responsables et en tant qu'individus.

Je voudrais maintenant saisir cette occasion pour féliciter le Président Paul Kagamé pour le leadership exemplaire dont il a fait preuve face au fléau du VIH/sida au Rwanda. Les réalisations parlent d'elles-mêmes. Grâce à votre leadership, nous allons gagner la bataille.

Si nous ne nous attaquons pas aux principaux facteurs qui continuent à favoriser l'apparition de nouveaux cas, comme la stigmatisation et la discrimination des groupes les plus à risque, nous ne serons pas en mesure d'endiguer cette épidémie. Il nous faut donc instituer un environnement politique favorable et adopter une législation adéquate qui protège ces groupes particuliers et leur donne accès à des interventions anti-VIH ayant fait leurs preuves.

En Afrique australe, les facteurs qui sont apparus comme les principaux vecteurs de l'épidémie sont la forte mobilité des population, les inégalités de richesse, certains éléments culturels, les inégalités entre hommes et femmes, les attitudes et comportements masculins, les relations sexuelles entre personnes de différentes générations, la violence sexuelle envers les femmes, la stigmatisation, l'absence de franchise et le non-traitement des maladies sexuellement transmissibles et, par-dessus tout, la multiplicité des partenaires sexuels chez les hommes comme chez les femmes, conjuguée à l'emploi irrégulier du préservatif et à la consommation d'alcool.

Nous devons examiner des normes traditionnelles en matière de comportement sexuel telles que l'héritage des veuves. Nous devons mettre en évidence ces pratiques, y compris la multiplicité des partenaires sexuels et les rapports sexuels entre personnes de différentes générations, pour les rendre socialement inacceptables.

Il nous faut également faire connaître le problème de la violence contre les femmes, de la contrainte sexuelle et des cultures qui dénie tout pouvoir aux femmes, pour souligner que c'est inacceptable et nuisible pour l'Afrique. Je pense que les dirigeants traditionnels ont là un rôle important à jouer. Ils doivent s'impliquer davantage par des mesures appropriées pour combattre les vecteurs de l'épidémie.

Je voudrais conclure en vous exhortant, vous tous qui êtes d'importants acteurs, à nous aider à mobiliser les plus haut responsables africains pour qu'ils soient en première ligne dans le combat contre le VIH et le sida.

Bon nombre d'entre vous sont bien placés dans leur pays pour mobiliser les plus hauts responsables afin qu'ils s'engagent personnellement au lieu de reléguer le combat à un rang inférieur, celui de la société civile ou des groupes à la base.

En travaillant ensemble, nous réussirons et nous verrons croître une génération sans VIH. Je vous adresse tous mes vœux de succès pour vos délibérations.

Je vous remercie de votre attention.

ALLOCUTION DU DR MARGARET CHAN, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS

Votre Excellence, M. Paul Kagame, Président de la République du Rwanda,
Votre Excellence, M. Festus Mogae, ancien Président du Botswana,
Dr Luis G. Sambo, Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs le Ministres,
Chers délégués,
Mesdames et Messieurs,
Bonjour,

J'aimerais commencer par remercier le Gouvernement de la République du Rwanda pour avoir accueilli la présente réunion du Comité régional. Je suis très honorée, pour plus d'une raison, d'être invitée au pays des mille collines.

Si l'on pense aux terribles événements de 1994, constater que ce pays a réussi à devenir l'un des plus stables et des plus paisibles d'Afrique est vraiment impressionnant. Ceci est une transformation extraordinaire qui suscite de grands espoirs. Monsieur le Président, je vous félicite et vous remercie pour votre leadership exemplaire.

Le développement de la santé en Afrique a également besoin d'une transformation extraordinaire et de tout l'espoir qu'elle susciterait. D'après les documents préparés pour ce Comité, il est évident que les responsables africains de la santé comprennent clairement les obstacles à un meilleur état de santé dans la Région. Vous comprenez, aussi clairement, les actions nécessaires pour s'attaquer aux problèmes spécifiques, moyennant souvent une approche régionale.

Pourtant, nous sommes confrontés à une réalité tout aussi évidente. Selon les tendances actuelles, l'Afrique n'atteindra aucun des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Les progrès sont partiels, ou trop lents, ou complètement enlisés, comme c'est le cas en matière de mortalité maternelle.

La question qu'il convient donc de poser est la suivante : Que faut-il faire pour sortir l'Afrique de cette impasse ? Comment les dirigeants africains, avec le soutien de l'OMS et de vos multiples partenaires du développement, peuvent-ils surmonter des obstacles si bien saisis et définis ?

L'argent est certes important mais, à lui seul, il ne pourra transformer les perspectives pour un meilleur état de santé en Afrique. Il faut adopter de bonnes politiques et utiliser l'argent de manière efficace et efficiente. Ceci est particulièrement vrai en période de récession économique mondiale, de changement climatique qui ne fait que s'aggraver et d'une pandémie de grippe que l'on ne peut plus endiguer.

Mesdames et Messieurs,

Au début de ce mois, sur un vol de retour à Genève, j'ai eu l'occasion de lire d'un bout à l'autre le numéro du mois d'août du magazine *New African*. Les articles présentaient une perspective différente de celle de la littérature de développement sanitaire que j'ai d'ordinaire sous les yeux. Un article en particulier a retenu mon attention et m'est resté à l'esprit. Il s'agissait de l'expression de vues profondes et passionnées sur les rapports de l'Afrique et de ses dirigeants avec le reste du monde. Je remercie Son Excellence le Président Kagame pour son article intitulé « The conversation for our time. » Il y dit des choses importantes concernant l'aide - bonne et mauvaise -, la dignité, l'auto-détermination, et l'espoir d'avenir dans vos enfants. Par-dessus tout, il voit un besoin pressant de changement concernant le dialogue relatif au développement de l'Afrique. Il fait valoir que la pensée et le raisonnement éculés du passé ont perdu toute pertinence. Les vieux présupposés, arguments, dogmes et appellations ne correspondent plus à la réalité.

Il y a deux semaines, j'ai été témoin de quelques-unes de ces nouvelles réalités en Afrique quand je me suis rendue en Ouganda et en Tanzanie pour constater sur le terrain les progrès remarquables de la lutte antipaludique. Les résultats sont frappants. Les dernières données de l'OMS, qui n'ont pas encore été publiées, montrent des réductions importantes de la mortalité et morbidité infantiles toutes causes confondues imputables au paludisme, à mesure que les pays africains se rapprochent de la couverture universelle au moyen des interventions préconisées.

Les stratégies que vous avez adoptées s'avèrent fructueuses. Cependant ces succès sont plus qu'une simple affaire de statistique. J'ai constaté l'excellence de la recherche et des capacités institutionnelles de 11 centres de la Région qui font actuellement des essais en phase 3 d'un vaccin antipaludique potentiellement révolutionnaire. J'ai constaté les avantages ajoutés de la lutte antipaludique. A mesure que les tests de diagnostic rapide du paludisme se répandent, les cas de pneumonie infantile sont dépistés plus rapidement et mieux pris en charge, d'où une réduction de la mortalité imputable à la pneumonie. J'ai constaté des nouveautés,

qu'il s'agisse de surveillance de la maladie en temps réel et de la notification par téléphone portable, ou d'usines de fabrication de moustiques pour les besoins des projets de recherche.

L'Afrique a les capacités, la créativité, le talent et l'engagement de ses dirigeants. Voici donc la promesse qui relativise tous les vieux problèmes. J'estime qu'il est temps de s'arrêter de parler de l'Afrique en faisant des généralisations à l'emporte-pièce. La Région dans son ensemble n'atteindra sans doute pas les objectifs du Millénaire pour le développement mais il y a néanmoins de belles étincelles de succès dans de nombreux domaines de la santé dans plusieurs pays, grâce auxquelles on a un tableau fort différent. L'Afrique est affligée par une grande pauvreté. L'Afrique manque d'infrastructures et de capacités de base dans de très nombreux domaines. Toutefois, certains pays surmontent ces problèmes et vont de l'avant.

C'est sur quoi, à mon avis, nous devrions mettre l'accent quand nous parlons de développement sanitaire dans cette Région. Les succès donnent de l'élan aux changements transformationnels. Les succès donnent à tous les mêmes vieux problèmes une perspective différente. Ils peuvent être surmontés.

Mesdames et Messieurs,

Le dialogue concernant la santé en Afrique doit changer pour une autre très bonne raison : trop de politiques internationales ont eu pour résultat d'avantager les nantis. Les systèmes internationaux qui régissent les marchés financiers, le commerce, l'économie, les échanges et les affaires étrangères n'ont pas pris pour objectif précis l'équité. Ces systèmes créent des avantages mais ne comportent aucune règle qui en garantisse la distribution équitable. Par conséquent, les différences de revenus, de possibilités et d'état de santé dans un même pays et d'un pays à l'autre sont plus grandes aujourd'hui qu'à n'importe quel autre moment de ces dernières années.

Dans l'un de ces arguments les plus percutants, le Président Kagame réclame un nouveau modèle de croissance économique qui fait des investissements dans l'équité sociale un objectif politique clairement affiché. Je pense qu'il s'agit là d'une voie vers un changement transformationnel pour la santé en Afrique.

Mesdames et Messieurs,

J'ai préconisé la mise en évidence des succès, du potentiel et de la promesse de l'Afrique. Il nous faut toutefois être réaliste. La planète tout entière subit les

contrecoups de la crise mondiale sur plus d'un front. A mesure que ce siècle avance, des crises de plus en plus nombreuses revêtent un caractère mondial, avec des causes mondiales et des conséquences mondiales qui défavoriseront les pays et les populations les moins à même d'y faire face.

Je suis fermement convaincue que la pandémie de grippe révélera les conséquences des décennies pendant lesquelles nous avons négligé d'investir suffisamment dans les systèmes et infrastructures de santé de base, notamment dans cette Région. J'ai personnellement obtenu des engagements se montant à 150 millions de doses de vaccin pour les pays en développement. Les dons d'antirétroviraux sont déjà parvenus dans la Région. La semaine dernière, l'OMS et ses partenaires humanitaires internationaux ont lancé un appel à l'action visant à mobiliser des ressources et des fournitures pour appuyer les pays en développement durant la pandémie. Outre faciliter la prise en charge des cas de maladies respiratoires et de pneumonie, les actions comprennent la constitution de stocks de médicaments essentiels pour assurer la continuité des services pour les affections prioritaires comme la diarrhée, le paludisme, le VIH et la tuberculose.

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de conclure en vous donnant un dernier conseil. Conservez votre adhésion renouvelée aux soins de santé primaires telle qu'énoncée dans la Déclaration de Ouagadougou. C'est là un moyen avéré de promouvoir des soins de santé équitables et efficaces et de se constituer un capital permettant de résister à la prochaine crise mondiale à laquelle nous n'échapperont sûrement pas. Les soins de santé primaires offrent exactement ce système de valeurs qui met l'accent sur l'équité sociale et que l'on sait à présent faire si gravement défaut dans de nombreux systèmes et décisions politiques internationaux.

Mme Kagame, Première dame de ce pays, a coutume de citer un proverbe africain qui dit : « Vous avez tout à gagner en parlant à celui qui écoute. » La crise financière et la récession ont forcé les dirigeants à reconnaître que la façon de penser et les dogmes anciens étaient erronés. Je pense que le monde entier est à présent prêt à écouter, à parler en termes différents du développement sanitaire de l'Afrique, et à entamer ainsi un dialogue plus adapté aux réalités et au potentiel de la Région.

Je vous remercie de votre attention.

**DISCOURS DE SON EXCELLENCE ANDRÉ MAMA FOU DA, MINISTRE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE DU CAMEROUN, PRÉSIDENT DE LA CINQUANTE-
HUITIÈME SESSION DU COMITE RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Honorables Ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine de l'OMS,
Madame le Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS de l'Afrique,
Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et les Membres du Corps
diplomatique,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations internationales,
Distingués Invités,
Mesdames, Messieurs

C'est pour moi un grand privilège et un agréable devoir de prendre la parole ce jour, en ma qualité de Président de la 58^{ème} session du Comité régional de l'OMS de l'Afrique, à l'occasion des travaux de la 59^{ème} session dudit Comité qu'abrite Kigali, cité capitale aux mille collines, résolument tournée vers la modernité.

Avant toute chose, qu'il me soit permis d'exprimer notre profonde et sincère gratitude à son Excellence Monsieur Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider personnellement la cérémonie d'ouverture de la présente session du Comité régional. Tous nos remerciements vont également à l'endroit du Gouvernement, des différentes autorités locales et au peuple rwandais pour la chaleur de l'accueil et l'hospitalité qu'ils nous ont offert depuis notre arrivée dans ce beau pays, terre de rencontre chargée d'histoire. Permettez-moi enfin de saluer la présence on ne peut plus réconfortante parmi nous de Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, ainsi que des dignes représentants des organisations internationales pour l'amitié qu'ils nous font de prendre part à nos assises, en dépit de leurs multiples et pressantes occupations.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Au moment où s'ouvrent nos travaux, notre Région, longtemps épargnée, fait désormais face à la propagation sans précédent de la grippe A H1N1 2009, qui touche actuellement la quasi-totalité des États membres et commande la mise en place, sans retard, d'une stratégie commune de riposte.

Le lieu et le moment me semblent bien indiqués pour rendre hommage à l'OMS, pour son précieux appui technique, la qualité et la promptitude de son accompagnement qui nous ont permis de renforcer nos capacités d'intervention en cette période de crise sanitaire.

Excellences,
Mesdames et Messieurs

Cette crise majeure que je viens d'évoquer et qui mérite toute notre attention ne doit pas nous faire perdre de vue les autres défis de santé tout aussi importants auxquels notre continent se trouve confronté et qui compromettent gravement nos efforts de développement. Sans être exhaustif, je citerais, entre autres, la pandémie du VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les autres maladies transmissibles, la mortalité maternelle et infantile à laquelle les femmes et les enfants continuent de payer un lourd tribut, etc.

Comme vous pouvez le constater, la situation sanitaire de notre Région demeure préoccupante, mais pas désespérée. Avec l'aide de nos partenaires techniques et financiers, nous poursuivrons avec détermination le combat contre la maladie et, j'en suis sûr, nous gagnerons.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais à présent retracer à grands traits ce que nous avons accompli, au cours des douze derniers mois qu'aura duré mon mandat, pour faire avancer notre programme commun d'amélioration de la santé de nos populations.

Comme vous le savez, l'année 2008 aura connu un développement fort appréciable des outils de stratégie liés à la redynamisation des soins de santé primaires, la recherche en santé, la santé et l'environnement notamment. Dans ce

contexte, les conférences organisées à cet effet sous le leadership du Bureau régional à Ouagadougou, Alger et Libreville, ont constitué des temps forts qui confirment, s'il en était encore besoin, la détermination de notre Région à trouver des solutions appropriées à ses problèmes de santé.

Je note à cet égard avec satisfaction que le rapport annuel 2008 du Directeur régional ait bien relevé avec pertinence que «des progrès notables ont été réalisés en 2008 vers l'obtention des résultats attendus». Cette performance, nous la devons en priorité au leadership personnel du Dr Luis Gomes Sambo. Qu'il se trouve ici remercié.

Par ailleurs, la participation de notre Région à la dernière Assemblée mondiale de la Santé est, de mon point de vue, un autre motif légitime de satisfaction. En effet, nous avons, dans le cadre de la coordination de notre Région, dégagé un consensus sur le principe d'une meilleure collaboration entre le Bureau régional et le Groupe africain auprès de l'Office des Nations Unies, aux fins de garantir la cohérence de nos choix avec les décisions politiques prises au niveau de l'Union africaine d'une part, et d'assurer une meilleure visibilité de la Région au sein de l'Assemblée mondiale de la Santé d'autre part.

Aussi, je témoigne toute ma reconnaissance à tous les acteurs qui, à l'instar des Ministres et Chefs de Délégation, de l'Ambassadeur de l'Union africaine auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, du Coordonnateur du Groupe africain et du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique qui ont fait preuve d'un sens élevé de la collaboration et du consensus.

Excellences,
Mesdames et Messieurs,

Les défis de santé restent encore énormes pour notre Région dont le chemin vers l'atteinte des OMD de santé est encore relativement long et émaillé d'embûches. Nous avons néanmoins l'avantage de connaître précisément nos problèmes au rang desquels figurent la faiblesse de nos systèmes de santé, la crise des ressources humaines, l'insuffisance des financements, l'accès limité aux médicaments, la faible valorisation des connaissances générées des recherches et l'insuffisance de la participation des communautés. Sachons, par conséquent, imaginer des stratégies adaptées et développer des synergies susceptibles de mieux capitaliser les meilleures pratiques. En tout cas, la santé est plus que jamais un enjeu mondial et il devient urgent de consolider davantage la place du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour lui permettre de remplir convenablement les lourdes missions qui lui sont dévolues.

Je voudrais, pour terminer, remercier du fond du cœur, au nom de mon pays le Cameroun, les honorables membres du Bureau, les Ministres et le Secrétariat, pour le soutien et la franche collaboration dont j'ai pu bénéficier de leur part tout au long de mon mandat. Je souhaite plein succès aux travaux de la présente session.

Merci pour votre attention.

**DISCOURS DE SON EXCELLENCE PAUL KAGAME, PRÉSIDENT
DE LA RÉPUBLIQUE DU RWANDA**

Mesdames et Messieurs les Dirigeants et Chefs des Institutions supérieures du Rwanda,

Excellence, Monsieur Festus Mogae (ancien Chef d'État, République du Botswana) et Président des Champions pour une génération sans VIH,

Mesdames et Messieurs les Ministres d'Afrique et du Rwanda,

Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale pour la Santé,

Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé,

Mesdames et Messieurs les Chefs des Organisations internationales,

Mesdames et Messieurs les Représentants des Partenaires au Développement,

Distingués Délégués, Mesdames et Messieurs,

Très chaleureuse bienvenue à tous les délégués prenant part à cette importante session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Bien que cette session se tienne à un moment critique, au regard de la crise économique mondiale et de la pandémie de grippe en cours, je suis certain que vous aurez de fructueuses discussions permettant des avancées dans l'élaboration de modalités innovantes pour améliorer la santé des populations africaines.

Nous devons par conséquent saisir l'occasion pour mener une profonde réflexion sur le secteur social en Afrique, et notamment sur l'état de nos systèmes de santé que tout observateur neutre qualifierait de «très peu sain», ce qui n'est pas du reste un constat nouveau.

Je me félicite du fait qu'au cours des cinq prochains jours, nous examinerons des questions d'une importance clé dans la recherche de solutions durables, y compris des systèmes de soins de santé inclusifs et holistiques ; et la mise en place des bases scientifiques et technologiques nécessaires pour garantir des capacités de recherche pour la santé aux niveaux national, régional et continental.

En discutant donc de ces questions et d'autres problèmes de santé au cours de la présente session, nous devons concentrer nos efforts sur les questions fondamentales et les solutions à y apporter.

A titre d'exemple, comment inverser la tendance au mauvais état des systèmes de santé en Afrique, qui persiste depuis des décennies, et aux faibles capacités en matière de la recherche, toutes questions qui ne cessent d'être analysées, réévaluées et réexaminées au point que les discussions à ce sujet semblent parfois être devenues une fin en soi.

Nous devons fermement résister à la tendance consistant à trop simplifier cette faible performance et à l'imputer uniquement aux contraintes financières et à la pauvreté, car comme l'a dit quelqu'un à juste titre, «l'Afrique n'est pas pauvre ; elle est plutôt mal gérée».

Oui, pour réaliser les objectifs de développement, il faut certes de l'argent, mais des défis plus importants encore se posent ailleurs, y compris un leadership solide aux différents niveaux ; une appropriation résolue des politiques ; des stratégies appropriées ; des actions prospectives ; l'engagement ; l'ardeur au travail ; l'innovation et la responsabilité.

En d'autres termes, les ressources matérielles ou financières, quel qu'en soit le niveau, ne peuvent à elles seules transformer une nation sans une vision et des politiques clairement définies, sans une stratégie délibérée, et sans engagement à améliorer continuellement la situation du principal atout national: les populations.

Mon propos ici est qu'il nous revient, dans notre action sur le continent, de faire preuve de plus d'ardeur au travail, de plus de créativité et de plus de diligence pour obtenir de bons résultats en général, et en particulier pour améliorer substantiellement la santé des Africains.

Nous en sommes convaincus au Rwanda, et nos efforts et nos modestes réalisations en général et dans le secteur de la santé en particulier en administrent amplement la preuve.

Prenons par exemple le cas de notre régime d'assurance maladie à base communautaire auquel contribuent les citoyens, l'Administration centrale et l'Administration locale pour s'assurer que les groupes les plus vulnérables dans notre société bénéficient d'une couverture de base en matière d'assurance maladie.

Nous continuons à faire des progrès significatifs vers la couverture universelle qui est passée de 7 % en 2003 à 85 % en 2008.

Dans un autre exemple, des gains considérables ont été enregistrés entre 2005 et 2008, grâce à une importante innovation, à savoir la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le secteur de la santé de notre pays.

Cette expérience a eu lieu dans le contexte plus large des autres réformes nationales, dont la moindre n'est pas IMIHIGO, les contrats de performance entre le Chef de l'État et les Maires du Rwanda représentant et travaillant avec les citoyens, ainsi que le processus de décentralisation soutenue des ressources humaines pour la santé.

La principale leçon apprise du financement basé sur la performance est que les formations sanitaires utilisant cette approche ont une performance supérieure à celle des formations sanitaires dont les approches et les opérations sont classiques.

Il en est ainsi principalement parce que les ressources humaines et financières des formations sanitaires sont traitées différemment ; dans le cas du financement basé sur la performance, c'est le résultat qui compte le plus.

En d'autres termes, il n'y a pas une seule solution magique pour garantir le succès et, surtout, le résultat n'est pas une simple question d'argent.

Les dirigeants locaux, les gestionnaires des formations sanitaires, les responsables de la santé du niveau de district et l'ensemble de la communauté ne s'engagent plus de façon routinière parce qu'ils «doivent le faire», mais parce c'est dans leur propre intérêt d'obtenir de meilleurs résultats.

Les citoyens manifestent un intérêt direct pour la santé et ne peuvent plus se contenter d'un rôle passif, précisément parce qu'ils se rendent maintenant compte qu'ils peuvent apporter une contribution substantielle aux efforts d'amélioration de la vie de leurs enfants, frères et sœurs, parents, ou de leur propre vie.

Les communautés locales commencent à manifester un plus vif intérêt pour les professionnels recrutés par leurs formations sanitaires.

Et elles ont leur mot à dire dans leur recrutement et leur licenciement, en se basant sur des indicateurs de performance clairement définis tels que le nombre

d'enfants nés, vaccinés ou recevant des moustiquaires imprégnées d'insecticide ; les personnes recevant des traitements ou conseils en matière de VIH, entre autres.

Les mêmes facteurs – leadership, responsabilité, autonomisation des communautés – contribuent également aux réalisations significatives enregistrées dans notre campagne nationale de lutte contre le paludisme.

Au niveau du leadership national, nous avons mené une campagne ambitieuse, mais réalisable, de mobilisation des ressources, mais une fois encore, nous n'en sommes pas restés là.

Il nous fallait arrêter une stratégie préventive et curative efficace, mettant l'accent sur les partenariats public-privé ; la mobilisation communautaire axée sur l'affirmation ; et une priorité systématique au renforcement de notre système de santé à l'échelle nationale, en particulier au niveau de district et local.

Il est très clairement établi que sans la participation active des dirigeants locaux, nous n'aurions pas pu réaliser une couverture de 97 % des ménages pour les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Le succès dans la mobilisation des ménages et des travailleurs communautaires rwandais était singulièrement dû à ce facteur.

Et ceci me permet donc de revenir à mon précédent propos : il nous revient en Afrique de faire preuve de beaucoup plus d'ardeur et de diligence pour améliorer la santé des Africains.

Il n'est pas écrit à l'avance que notre continent doit demeurer dans la pauvreté, l'analphabétisme et la mauvaise santé, et si nous pouvons obtenir les modestes réalisations mentionnées au Rwanda, pays qui n'est aucunement riche, nous pouvons même mieux faire aux niveaux régional et continental.

Pour conclure, je voudrais remercier les partenaires au développement qui ont joué un précieux rôle dans les réalisations du Rwanda.

Nous avons également appris d'importantes leçons de nos partenariats, en particulier sur les moyens d'accroître le plus possible l'efficacité de l'aide.

Nous avons appris que l'aide est d'une efficacité optimale lorsqu'elle est conçue et acheminée en tant que mesure transitoire et non comme une fin en soi, avec les principales caractéristiques suivantes, pour garantir un impact maximum :

- Premièrement, l'appropriation des politiques nationales et un objet clairement défini pour l'aide – objet compris et partagé par le fournisseur et le bénéficiaire ;
- Deuxièmement, des mécanismes partagés de supervision et de responsabilité, avec des indicateurs clairement définis, pour le suivi systématique de l'impact ;
- Troisièmement, l'intégration de l'aide dans la mise en œuvre des stratégies nationales de développement et des priorités politiques, et, partant, son décaissement par l'intermédiaire des institutions nationales, y compris la budgétisation et la programmation ;
- Enfin, le renforcement des capacités humaines et institutionnelles pour accroître et maintenir les aptitudes et les compétences au-delà de l'aide, au lieu de recourir aux structures parallèles des donateurs qui remettent en cause ces systèmes.

Les études de cas en matière de santé au Rwanda, mentionnées plus haut, administrent la preuve convaincante que l'aide définie et acheminée en respectant ces caractéristiques, permet d'obtenir des résultats bien meilleurs et durables.

Nous avons la chance de travailler avec des partenaires au développement qui partagent de plus en plus cette vision et ont investi les personnes qu'il faut, c'est-à-dire nous-mêmes, de la responsabilité de notre avenir.

J'ai maintenant le plaisir de souhaiter à tous les délégués prenant part à la présente session plein succès dans leurs travaux.

Nous nous attendons à des recommandations pratiques et innovantes sur le principal enjeu, à savoir l'amélioration de la santé des populations africaines.

Je déclare maintenant ouverte la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. Je vous remercie de votre présence ici et de votre aimable attention.

ANNEXE 11

ALLOCUTION DU DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'ONUSIDA, M. MICHEL SIDIBE

C'est un honneur et un plaisir que de féliciter le Dr Sambo

C'est un grand honneur que d'être parmi vous aujourd'hui et je vous en remercie. Je suis heureux de reconnaître dans cette salle tant d'amis et de responsables, qui tous œuvrent à transformer la santé publique de notre continent.

Je souhaite être l'un des premiers à féliciter le Dr Sambo pour sa réélection à la tête du Bureau régional de l'OMS, dans cette région d'Afrique, pleine de défis et pourtant si riche de possibilités.

Le Dr Sambo est l'un des piliers de la riposte au sida en Afrique ainsi qu'un pionnier des actions de prévention. Grâce à son leadership, nous avons pu constater l'engagement renouvelé de l'OMS en faveur de l'Accès universel à travers le continent et l'appui technique sans précédent en faveur des pays.

Pour réaliser l'objectif de l'Accès universel dans le contexte de ressources en baisse, nous devons travailler ensemble afin d'aider les pays à faire plus avec moins. C'est la raison pour laquelle l'ONUSIDA et l'OMS sont en train d'élaborer une stratégie commune d'appui technique pour l'Afrique. Nous collaborons également sur plusieurs autres fronts – par exemple, l'initiative pour l'Harmonisation pour la Santé en Afrique – de manière à faire du slogan «Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais» une réalité. Ce sont ces actions parmi bien d'autres qui nous permettront de faire plus avec moins de ressources, et ce d'une manière plus durable.

Grâce au soutien essentiel du Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, un nouveau «cadre de résultats» pour l'ONUSIDA a été approuvé il y a quelques mois par l'ensemble de nos coparrainants et par notre conseil d'administration. Ce document définit les domaines prioritaires et recense les actions visant à accélérer les progrès en vue de la réalisation de l'accès universel. Selon moi, c'est un exemple typique de ce que la réforme de l'ONU peut accomplir. Il nous permettra d'amener le système des Nations Unies à rendre compte de l'appui apporté à vos efforts visant à investir de manière plus stratégique dans la riposte au sida.

La réélection du Dr Sambo me rassure car elle garantit que la volonté résolue de l’OMS et de ses représentants dans les pays va continuer et aidera les nations africaines à travailler à l’objectif de la santé pour tous.

Je souhaite saluer et remercier nos hôtes. Je suis impressionné par les approches progressistes adoptées ici, au Rwanda, pour l’intégration des soins. De fait, le Rwanda est certainement le pays le plus approprié pour accueillir la session spéciale du Président Sampaio sur la tuberculose, qui se tiendra plus tard dans la semaine. Au Rwanda, la riposte intégrée au VIH et à la tuberculose est sans pareil. L’année dernière, 96 % des nouveaux cas de tuberculose ont subi un test de dépistage volontaire du VIH. Ainsi, ce sont deux mille cinq cents personnes supplémentaires vivant avec le VIH qui ont pu accéder à l’ensemble des soins et traitements contre le VIH. Une telle intégration nous montre comment il est possible de réaliser l’accès universel et d’atteindre les Objectifs du Millénaire sur ce continent.

Je souhaite également profiter de l’occasion pour saluer et louer le leadership exemplaire dont fait preuve le nouveau gouvernement de l’Afrique du Sud dans la riposte au sida. Je voudrais qu’il ne serve pas seulement à atteindre des objectifs nationaux ambitieux, mais qu’il embrasse aussi les initiatives continentales et mondiales, ce dont nous avons un besoin urgent.

L’impératif des traitements

Excellences, il n’est nul besoin de vous rappeler que le sida demeure la première cause de décès en Afrique. Le sida nous prive d’un potentiel humain précieux; il mine les efforts de développement. Il appauvrit les familles, les communautés et les économies. Le coût macroéconomique de l’épidémie est difficile à évaluer, mais des données de 2005 suggèrent qu’il pourrait s’élever à 7 milliards de dollars par an.

Le sida nous a volé la vie de millions de personnes qui auraient pu contribuer au développement économique et social de l’Afrique. Il reste l’un des plus grands défis auxquels vos pays sont confrontés.

Arrêtons-nous quelques instants sur ce que nous avons accompli, car tout n’est pas que morosité et pessimisme. Nous avons rompu le silence qui entourait le sida et donné de l’espoir à trois millions d’hommes, femmes et enfants africains qui ont commencé un traitement salvateur.

Pourtant, nous devons faire plus :

- Élargir davantage l'accès au dépistage volontaire afin que les traitements puissent être démarrés le plus tôt possible.
- Renforcer le suivi clinique et biologique ainsi que le soutien psychosocial afin de maintenir plus longtemps les patients sous traitement de première intention.
- Par-dessus tout, en ces temps de crise, nous devons nous assurer que les patients n'ont pas à subir des interruptions dans leurs traitements. Cela est impératif non seulement pour les individus, mais aussi pour la santé publique. L'erreur n'est pas permise : tout retard ou toute interruption dans les traitements augmentera l'apparition de résistances aux médicaments et entraînera des souffrances évitables, des décès inacceptables et une pression accrue sur les services de santé.

Mes amis, vous conviendrez certainement avec moi que cette situation délicate renforce l'urgence d'un respect des engagements pris à Abuja et l'impératif du financement complet du Fonds mondial.

Un changement radical dans notre approche de la prévention

Trente ans après le début de la pandémie, nous devons faire face à une vérité peu agréable. Concernant les traitements, la demande va continuer d'augmenter pour plusieurs raisons : d'abord, de plus en plus de personnes vivant avec le VIH ont connaissance de leur statut sérologique; ensuite, les nouvelles directives recommandent de commencer les traitements plus tôt; enfin, la demande est croissante pour des traitements de deuxième intention. Nous ne devons pas oublier que chaque fois que deux personnes démarrent un traitement antirétroviral, cinq autres sont contaminées par le VIH.

Il n'existe qu'une solution permettant de rompre ce cercle vicieux : empêcher les nouvelles infections. Pour parler simplement, nous devons changer radicalement notre approche pour empêcher la transmission sexuelle. La prévention doit devenir notre slogan, la bannière que nous devons porter haut dans cette phase critique de la riposte au VIH.

Mesdames et Messieurs les Ministres, vous avez le soutien entier de l'OMS et de l'ONUSIDA pour aborder de front les normes sociales néfastes en matière de relations sexuelles. Cela implique d'abord de reconnaître ouvertement la réalité des

relations sexuelles entre personnes du même sexe. Je vous implore de plaider le plus ardemment possible pour la disparition des lois et des pratiques criminalisant l'homosexualité.

Cela implique également d'aborder la question du statut inférieur des filles et des femmes qui fait tellement de mal dans nos sociétés, à travers les partenariats multiples et simultanés, les contraintes et les violences sexuelles, ou d'autres moteurs de l'épidémie liés à la sexualité. Mettre un terme à la transmission par voie sexuelle doit être notre priorité numéro un : ici plus que dans tout autre domaine, des dirigeants s'exprimant ouvertement et montrant l'exemple à travers leur propre conduite peuvent faire une grande différence. Vous pouvez compter sur mon complet soutien.

Mes amis, nous devons également admettre qu'une réalité déplorable où règne l'inégalité représente une occasion majeure de prévention. Je veux parler de l'infection parfaitement évitable des 300 000 enfants africains qui naissent chaque année avec le VIH. Joignant nos efforts pour annoncer notre résolution à éliminer la transmission verticale à l'horizon 2015. Cela constitue le moyen idéal permettant de sortir le sida de son isolement, de renforcer la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive et les droits, et de promouvoir un engagement total des hommes. Je rencontrerai des dirigeants d'entreprises et des chefs d'État en marge de l'Assemblée générale, afin de mobiliser une volonté politique ainsi que des ressources dans ce but. Ils auront besoin de tout votre engagement ainsi que de votre expertise pour traduire les objectifs mondiaux par des résultats nationaux. Je sais que nous pouvons y arriver.

Un nouveau panafricanisme pour soutenir la santé et le développement

Vous connaissez certainement la fable suivante. Un père appelle ses fils et demande à chacun d'eux de lui donner une branche. Il en a fait un fagot que chacun des fils doit tenter de rompre. Or, aucun d'eux n'y parvient. Le père rend alors leur branche à chacun des fils et leur demande de la casser, ce qu'ils font facilement. La morale est évidente : ensemble, nous sommes plus forts. C'est pourquoi j'appelle à une approche panafricaine de la santé et du développement.

Un exemple frappant concerne le domaine des traitements. Près de 80 % des quatre millions de personnes sous traitement dans le monde vivent en Afrique. Pourtant, 80 % des médicaments contre le sida distribués en Afrique viennent de l'étranger.

Les antirétroviraux sont des médicaments onéreux. En dépit du récent communiqué de la Fondation Clinton, la plupart des traitements de deuxième intention coûtent plus de 1 000 dollars par an, rien qu'en comptant le prix des médicaments. Nous devons donc commencer à trouver des solutions à ce problème. Pour les patients en échec thérapeutique avec un traitement de première intention, l'accès universel implique un accès durable à un traitement de deuxième intention abordable.

Les Africains vivant avec le VIH auront besoin de ces médicaments pour le restant de leur vie. Ils ont également besoin d'autres médicaments, notamment contre le paludisme et la tuberculose, entre autres.

La plupart de ces médicaments ne sont pas produits en Afrique en raison de l'absence de normes de qualité strictes et de capacités de production insuffisantes. Trop souvent, les médicaments fabriqués sur le continent sont contrefaits ou de qualité médiocre.

La demande pour des traitements contre le sida, avec le soutien politique qui entoure ce problème, doit être l'occasion d'une transformation du secteur pharmaceutique en Afrique.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'une Agence africaine du médicament unique, une agence qui ressemblera progressivement à l'Agence européenne des médicaments, mais adaptée aux besoins spécifiques de l'Afrique.

Ma vision est celle d'une agence dotée du pouvoir de faire respecter des normes internationales de qualité, et ce en toute indépendance, dans le but de faire disparaître le marché des médicaments contrefaits.

J'imagine une agence unique qui remplacera le système fragmenté actuellement en place, grâce à laquelle les fabricants n'auront plus à courir de pays en pays pour faire homologuer leurs produits, et qui permettra aux patients de ne plus devoir attendre aussi longtemps avant de pouvoir bénéficier de nouveaux médicaments.

Une telle agence permettrait d'intégrer le marché africain et d'attirer des investissements privés afin que les médicaments soient fabriqués sur le continent. La production intérieure pourrait alors prospérer, comme cela a été observé en Amérique latine.

Avec une production intérieure et une réglementation panafricaine, nous pourrions faire face aux nouvelles menaces sanitaires, comme la pandémie de grippe H1N1 – en position de force.

C'est un modèle pour renverser certains obstacles dans le secteur de la santé, et pas seulement dans le domaine des médicaments, mais aussi plus généralement pour favoriser un développement panafricain.

Il s'agirait d'une étape tangible vers la réalisation de la vision d'une intégration continentale, comme la porte l'Union africaine. Il s'agit de répondre aux besoins des Africains et de faire en sorte que ces derniers exercent un contrôle sur leur santé et leur développement.

L'OMS a posé les bases d'une telle entreprise – nous continuerons d'ailleurs à nous appuyer sur son leadership – et aidé les communautés économiques régionales africaines à débiter une harmonisation réglementaire dans le domaine de l'homologation des médicaments. Cependant, un partenariat plus large, impliquant notamment l'OMC et la Banque mondiale, est nécessaire pour appuyer le leadership politique de l'Union africaine.

Le pouvoir du partenariat

Chers collègues, d'autres tâches requièrent des actions coordonnées. Nous ne pouvons assurer l'intégration des services qu'en supprimant les barrières qui les séparent.

Les initiatives relatives au VIH ont la capacité de renforcer les systèmes de santé :

- Si elles intègrent les soins primaires;
- Si les chaînes logistiques mises en place pour le sida bénéficient de l'ensemble des médicaments et des diagnostics;
- Si le personnel formé pour les programmes sur le VIH bénéficie à l'ensemble des structures de santé;
- Si les systèmes d'information mis au point pour la surveillance du VIH sont utilisés pour un suivi sanitaire global;

- Si les enseignements tirés des pionniers de l'intégration dans certaines structures sanitaires du VIH, de la santé maternelle et infantile, et de la santé sexuelle et reproductive, sont maintenant appliqués à l'ensemble des structures.

Tout cela peut et doit être réalisé, et nous ferons plus encore. C'est ce que j'appelle l'objectif SIDA + OMD. Cela signifie sortir le sida de son isolement dans le but de transformer la santé publique et de donner au développement une impulsion plus que nécessaire en cette période de crise.

Pourquoi ne pas partager nos fardeaux ensemble et adopter une vision continentale chaque fois que cela est possible ?

Comme le fagot de bois de la parabole, c'est ensemble que nous sommes plus forts.

C'est avec un leadership courageux et avisé que nous pourrions nous rassembler autour d'un programme panafricain SIDA + OMD.

Dr Sambo, vous pouvez être assuré du complet soutien de l'ONUSIDA. Nous comptons sur le leadership technique de l'OMS et sur le leadership politique et opérationnel de vos Excellences.

Transformons l'Afrique en nous transformant nous-mêmes et en changeant notre manière de travailler ensemble.

**ALLOCUTION DE M. ELHADJ AS SY, DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'UNICEF
POUR L'AFRIQUE DE L'EST ET L'AFRIQUE AUSTRALE**

Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellence M. Festus Mogae, ancien Président du Botswana,
Dr. Margaret Chan, Directeur général de l'OMS,
M. Michel Sidibi, Sous-Secrétaire général des Nations-Unies et Directeur exécutif
de ONUSIDA,
Dr. Luis Sambo, Directeur régional de l'OMS,
Mesdames, Messieurs,

Je remercie Dr. Sambo de m'avoir invité à cette réunion qui est la plus importante réunion annuelle des ministres de la santé organisée sur le continent africain. Dr. Sambo sera d'accord avec moi que la collaboration entre l'UNICEF et l'OMS dans la Région africaine, la coordination de notre travail et la mise en place de synergies et de complémentarités ont continué à se renforcer davantage. J'espère que cela reflète votre propre expérience concernant les activités de nos deux organisations au niveau pays. La santé des populations d'Afrique, particulièrement celle des enfants et des femmes, est extrêmement importante et demande de nous une meilleure coordination et un travail en synergie.

Dr. Sambo et moi, en collaboration avec Dr. Gianfranco Rotigliano, mon homologue en Afrique occidentale et centrale, avons par conséquent fait de la coordination renforcée et des activités conjointes avec l'OMS dans la Région africaine, la première des priorités, notamment par l'Harmonisation pour la santé en Afrique.

La priorité de l'UNICEF en Afrique est d'accompagner les gouvernements et leurs partenaires dans leurs efforts visant à réduire la mortalité infantile, à accélérer la survie et le développement de l'enfant, à faire baisser la mortalité maternelle et à améliorer la santé de la femme.

Nous sommes tous conscients des nombreux défis auxquels notre continent fait face et j'aimerais aujourd'hui, sans complaisance, apporter un message d'optimisme, d'espoir, d'encouragement – J'estime qu'il y a lieu d'être optimiste en ce sens que nos récents efforts combinés commencent à porter des fruits. Nous observons petit à petit des améliorations remarquables dans la mortalité infantile – il est certes vrai, pas dans tous les pays africains, ni dans toutes les parties des pays, ni nécessairement

dans la plupart des groupes à risque. Mais les données récentes provenant de certains pays – Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap Vert, Comores, Erythrée, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal, Zambie – nous permettent d’être optimistes.

En outre, des pays où la prévalence au VIH et au Sida est élevée atteignent des taux élevés de couverture centrée sur les populations, grâce à des interventions cruciales contre le VIH, qui pourraient constituer des modèles pour des pays présentant un profil épidémiologique semblable.

Cette situation se reflète dans les nouvelles estimations ajustées de la mortalité infantile effectuées pour le VIH et le Sida dans 11 pays (d’Afrique de l’Est et australe) avec la prévalence à VIH la plus élevée (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) qui indiquent que la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans commence à diminuer (au Botswana, au Lesotho et au Swaziland). Mais les progrès demeurent généralement insuffisants. L’analyse des données sur la couverture des interventions a davantage clarifié la situation. Dans la plupart des cas, de bons taux de couverture sont obtenus pour des interventions effectuées dans le cadre de services mobiles (vaccination, administration de compléments en vitamines A, moustiquaires imprégnés), même si la résurgence récente de la poliomyélite en Afrique occidentale et même de la rougeole montre qu’il est nécessaire de continuer à améliorer la couverture. Les taux de couverture sont faibles pour des interventions de survie effectuées dans des formations sanitaires. La faible couverture des services pour le traitement de la pneumonie et de la diarrhée, l’accouchement avec l’aide d’un personnel qualifié, les soins postnataux, la PTME et les soins pédiatriques contre le VIH est particulièrement décevante.

Les progrès actuels en PTME montrent toujours qu’environ la moitié des femmes enceintes en Afrique doivent recevoir une prophylaxie aux ARV pour prévenir la PTME et que la majorité de ces femmes reçoivent les traitements les moins efficaces. Cela est contraire aux faits actuels et aux directives de l’OMS qui demandent d’utiliser une combinaison de traitements et le traitement antirétroviral pour les femmes qui ont besoin d’un traitement. Seule une petite partie des femmes enceintes reçoivent un traitement antirétroviral pour leur santé.

Il y a certes eu amélioration dans le nombre des enfants recevant le traitement antirétroviral, mais très peu d’enfants de moins de 2 ans reçoivent le traitement en ce moment, et pourtant plus de 50% des enfants meurent avant d’atteindre deux ans

s'ils ne sont pas sous traitement. L'insuffisance de suivi pour les enfants exposés au VIH, le manque d'accès au diagnostic précoce du VIH pour les nouveaux nés et le manque de services de dépistage pour enfants malades lorsqu'ils entrent en contact avec les systèmes de prestation de soins constituent certains des défis qui se posent. Dans le cadre d'un leadership stimulant, la famille ONUSIDA s'efforcera de viser pas moins que l'élimination effective de la transmission verticale du VIH, et l'UNICEF jouera un rôle de premier plan en la matière.

Dans bon nombre de pays, la réduction de la mortalité infantile est concentrée sur les périodes post néonatales. Aussi bien les décès néonataux que maternels n'ont connu une baisse significative. La mortalité néonatale demeure constante et représente une partie croissante de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ; elle pourrait constituer un obstacle à la réduction continue de la mortalité et à la réalisation de l'OMD4.

Dans presque tous les pays, il existe une grande variation dans la couverture selon le quintile de richesse et la résidence en campagne ou en ville. L'amélioration de la santé au sein de notre continent nécessitera la réduction des écarts et des disparités entre riches et pauvres, entre ville et campagne, entre hommes et femmes. Ces questions et d'autres ont des conséquences sur nos enfants.

Il sera important de continuer à effectuer des interventions et des actions à impact élevé en termes de couverture. Ce sont les mesures ultimes dans nos efforts de renforcement des systèmes de santé et de mise en place de partenariats stratégiques avec les initiatives de santé mondiales afin de mobiliser des ressources et d'obtenir des résultats. Elles permettront une réduction durable des décès des mères et des enfants.

Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres, chers invités,

La situation actuelle est sans doute difficile. La crise financière mondiale semble changer et prendre des proportions nouvelles chaque jour. Mais nous ne pouvons accepter que le coût sur notre continent se compte en termes de vies d'enfants africains.

Par leurs recommandations relativement aux mesures à prendre et par des documents finaux, les ministres africains de la santé ont déjà indiqué comment des millions de vies peuvent être sauvées chaque année lorsque les plans et programmes nationaux se concentrent sur des interventions factuelles à impact élevé.

ANNEXE 13

ALLOCUTION PRONONCÉE AU NOM DE M^E BIENCE GAWANAS, COMMISSAIRE AUX AFFAIRES SOCIALES DE L'UNION AFRICAINE

Monsieur le Président de la cinquante-huitième session du Comité régional,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur de m'adresser à cette assemblée, au nom de M^e Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine. Tout d'abord, je voudrais vous transmettre les chaleureuses salutations et vous présenter les excuses de Son Excellence M. Jean Ping, Président de la Commission de l'Union africaine, et de la Commissaire Gawanas elle-même, qui n'ont pas pu se joindre à vous, en raison de leur participation à la session extraordinaire de la Conférence des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine, qui se tient les 30 et 31 août 2009 à Tripoli (Libye), sur le thème «Examen et règlement des conflits en Afrique».

Comme vous le savez, des conflits sévissent sur notre continent, sapant ainsi les efforts visant à promouvoir le développement socioéconomique, y compris le développement sanitaire, et intensifiant les souffrances humaines. Aussi, le règlement et l'atténuation des conflits et la promotion de la paix et de la sécurité figurent-ils parmi les programmes prioritaires de l'Union africaine.

La Commissaire Gawanas m'a demandé de lire en son nom l'allocution suivante.

« Je voudrais adresser mes remerciements au Président de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et aux autres membres du Bureau pour leurs efforts soutenus dans la coordination de la mise en œuvre des résolutions de cette session, ainsi que pour leur appui à la préparation de la cinquante-neuvième session.

L'Afrique apprécie le rôle que jouent les Honorables Ministres dans la promotion du développement sanitaire, non seulement au niveau des différents pays, mais aussi au niveau des diverses régions et même de l'ensemble du continent.

Cette année est spéciale pour votre Comité régional parce que l'Afrique assure la présidence du Partenariat Faire Reculer le Paludisme, du Conseil d'administration du Fonds mondial, du Conseil exécutif de l'OMS, ainsi que d'autres organes. Cela n'est pas fortuit. Il en est ainsi parce que vous faites un travail louable et parce que vous collaborez les uns avec les autres. L'Union africaine est fière de ces réalisations, mais elle voudrait vous rappeler que la représentation de l'Afrique dans les instances internationales est une importante responsabilité à assumer au nom de l'ensemble du continent. C'est la raison pour laquelle le processus doit se fonder sur le dialogue et le consensus, et parfois sur le vote. Autrement, il suffirait de sélectionner au hasard un individu ou un pays.

Qu'il me soit permis de saisir la présente occasion pour féliciter le Directeur régional de l'OMS et son équipe pour leur détermination et leurs efforts inlassables dans la promotion de la santé dans cette Région qui supporte le plus lourd fardeau de la maladie et des autres défis liés à la pauvreté. C'est la raison pour laquelle l'Afrique, entre autres, progresse lentement, mais sûrement sur la voie de l'accès universel aux services de santé pour ses populations et de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, même s'il reste encore beaucoup à faire.

L'Afrique apprécie également la contribution des partenaires internationaux qui, d'une façon ou d'une autre, appuient et facilitent les efforts déployés aux niveaux national et régional pour améliorer la santé pour tous. Votre coopération, votre appui et vos encouragements apportent une contribution substantielle aux succès enregistrés dans la santé et le développement en Afrique.

C'est un encouragement pour la Commission de l'Union africaine de noter que, conformément à l'ordre du jour de la présente session, des questions pressantes de santé publique nécessitant l'attention collective de la Région africaine, voire de l'ensemble du continent, seront examinées. La lutte contre la maladie et la promotion de la santé sont des domaines dans lesquels aucun pays ne peut réussir, s'il agit de manière isolée. La coopération et la collaboration permettront donc d'accroître l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles et de promouvoir l'intégration régionale. La Commission de l'Union africaine et les Communautés économiques régionales ont pris l'engagement d'appuyer la mise en œuvre de vos résolutions, conformément à leurs mandats et rôles respectifs, et aux priorités de la Stratégie pour la Santé en Afrique, adoptée par l'Union africaine.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Vous vous rappellerez que la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, qui couvre l'ensemble du continent, s'est tenue en mai dernier à Addis Abéba (Éthiopie), sous le thème «*Accès universel aux services de santé essentiels et de qualité : Améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*». L'Afrique est fermement convaincue que l'amélioration de la santé maternelle et infantile est fondamentale pour promouvoir le développement socioéconomique. L'Afrique est donc prête à maintenir cette question parmi ses hautes priorités et à intensifier le plaidoyer à cette fin.

Vous vous rappellerez également le lancement de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), avec comme slogan : «*Soins en Afrique : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie*». Un certain nombre de pays ont également lancé des campagnes nationales, et la disposition à appuyer la réalisation des objectifs de ces campagnes est exprimée à l'échelle mondiale. Je voudrais également vous informer du lancement de la Coalition mondiale pour le leadership dans la réduction de la mortalité maternelle, que je copréside avec Son Excellence Mme Sarah Brown, épouse du Premier Ministre du Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord.

À la suite de ces efforts et pour les appuyer, les Chefs d'État et de Gouvernement africains ont pris la décision de faire de la Santé maternelle et infantile le thème de la session de la Conférence de l'Union africaine de juillet 2010. En d'autres termes, nous avons reçu du plus haut niveau de leadership en Afrique mandat d'œuvrer au mieux à la promotion de la santé maternelle et infantile et, partant, à la promotion de la santé de l'ensemble de la communauté.

Je voudrais également lancer un appel pour la poursuite des efforts visant à réaliser l'accès universel aux services de santé, par le biais du renforcement des systèmes de santé et dans le contexte de la Stratégie pour la Santé en Afrique qui prescrit, entre autres, un financement prévisible et des personnels de santé suffisants. Bien qu'il ne soit guère nécessaire de le rappeler ici, il convient de souligner l'accent mis dans vos stratégies et programmes sur la lutte contre les maladies transmissibles, et notamment sur les trois grandes pandémies (VIH/sida, tuberculose et paludisme), ainsi que sur des maladies tout aussi importantes, mais négligées.

Je n'ai pas besoin de rappeler que l'année cible pour l'accès universel aux services de santé est l'année prochaine, c'est-à-dire 2010. À cet égard, les dirigeants africains s'attendent à recevoir en 2011 un rapport sur la revue de la mise en œuvre des engagements pris au Sommet extraordinaire d'Abuja sur l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

En dépit de la crise économique actuelle et du changement climatique, les pays doivent veiller à la sécurité alimentaire et à la bonne nutrition de leurs communautés. Dans le cas contraire, les autres investissements consentis dans la santé et le développement serait perdus. Dans le même esprit, l'Afrique doit se joindre aux efforts mondiaux visant à maîtriser la charge croissante due aux maladies non transmissibles, dans le contexte de la «*Journée africaine des modes de vie sains*» dont vous avez institué la célébration en 2008. À cet égard, l'Union africaine aimerait connaître le nombre de pays qui ont élaboré et/ou qui mettent en œuvre des programmes nationaux connexes au sein des communautés, et notamment parmi les jeunes. Il ne s'agit pas d'une nouvelle stratégie, mais plutôt d'un rappel quant à la nécessité de prendre des mesures préventives en temps voulu et de sensibiliser le public à l'importance de l'adoption de modes de vie sains, toute la vie durant.

Un autre rappel a trait à la nécessité de continuer à faire preuve de vigilance et à maintenir en place les plans de préparation aux urgences et de réponse aux maladies, épidémies et catastrophes. L'OMS et les autres acteurs fournissent certes un appui, mais il est également nécessaire et primordial que les pays fassent preuve de leadership et de transparence. La nouvelle grippe pandémique A (H1N1) a beaucoup appris au monde, et notamment à l'Afrique qui doit du reste relever de nombreux autres défis sanitaires.

Par ailleurs, l'Union africaine voudrait exhorter tous les États Membres de la Région africaine à encourager et améliorer les partenariats à tous les niveaux pour renforcer les systèmes de santé, promouvoir l'accès aux médicaments et produits, et maximiser l'utilisation des ressources disponibles. Il faudrait également, dans le même esprit, garantir la protection sociale pour tous et, en l'espèce, fournir une forme de couverture par l'assurance maladie, en particulier pour les groupes vulnérables et démunis. L'Union africaine vous exhorte également à vous attaquer plus efficacement aux maladies tropicales négligées et aux problèmes de santé mentale. La participation communautaire est aussi un domaine qui nécessite une attention soutenue et des efforts de promotion.

Avec l'engagement individuel et collectif à l'action à tous les niveaux, les populations parviendront à l'accès universel à la santé et au bien-être social.

Avec l'engagement individuel et collectif à tous les niveaux et une bonne coordination, nous réaliserons nos objectifs plus rapidement, plutôt que tardivement.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une cinquante-neuvième session fructueuse».

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA SOIXANTIÈME SESSION

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2008-2009: Rapport biennal du Directeur régional
7. Rapport du Sous-Comité du Programme :
 - 7.1 Agir sur les principaux déterminants de la santé: Une stratégie pour la Région africaine
 - 7.2 Réduction de l'usage nocif de l'alcool: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
 - 7.3 Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine: Contexte actuel et perspectives
 - 7.4 Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine: Analyse de la situation et perspectives
 - 7.5 Renforcement des systèmes de santé: Amélioration de la prestation de services de santé au niveau de district, et de l'appropriation et de la participation communautaires
 - 7.6 Drépanocytose: Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS
 - 7.7 Épidémies récurrentes dans la Région africaine: Analyse de la situation, préparation et riposte
8. Information
 - 8.1 Rapports d'audit interne et externe de l'OMS
 - 8.2 Rapport relatif au personnel de l'OMS dans la Région africaine

9. Rapports de situation
 - 9.1 Mise en œuvre de la stratégie régionale pour les secours d'urgence et l'action humanitaire
 - 9.2 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine: Rapport de situation et perspectives
 - 9.3 Accélération de la prévention de l'infection à VIH: Nécessité de couvrir les populations les plus à risque dans la Région africaine
 - 9.4 Rapport de situation sur l'«accélération des interventions antipaludiques en vue de l'accès universel»
 - 9.5 Rapport de situation sur l'état de mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région africaine
 - 9.6 Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine
10. [À compléter avec des questions de portée mondiale habituellement ajoutées par le Siège]
11. Tables rondes/Discussions de groupes
 - 11.1 Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence
12. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
13. Dates et lieux des soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional
14. Ordre du jour de la soixante et unième session du Comité régional
15. Adoption du rapport du Comité régional
16. Clôture de la soixantième session du Comité régional.

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC59/1	Ordre du jour
AFR/RC59/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional 2008
AFR/RC59/3	Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et Perspectives
AFR/RC59/4	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire
AFR/RC59/5	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine
AFR/RC59/6	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux
AFR/RC59/7	Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région Africaine
AFR/RC59/8	Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives
AFR/RC59/9	Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine
AFR/RC59/10	S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine
AFR/RC59/11	Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique
AFR/RC59/12	Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle

AFR/RC59/13	Termes de référence de la réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif
AFR/RC59/14	Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020
Décision 1	Composition 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 des membres du Sous-Comité du Programme
Décision 6	Ordre du jour provisoire de la soixantième session du Comité régional
Décision 7	Ordre du jour provisoire de la cent-vingt-sixième session du Conseil exécutif
Décision 8	Désignation des États Membres de la Région africaine devant faire partie du Conseil exécutif
Décision 9	Méthode de travail et durée de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
Décision 10	Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional
Décision 11	Désignation des Représentants de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)
Décision 12	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales – membre de catégorie 2 du Comité d'Orientation et de Coordination
AFR/RC59/R1	Désignation du Directeur régional
AFR/RC59/R2	Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives

AFR/RC59/R3	Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine
AFR/RC59/R4	Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique
AFR/RC59/R5	Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle
AFR/RC59/R6	Migration des personnels de santé : code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé
AFR/RC59/R7	Appel pour une action intensifiée pour la prévention du VIH et la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans la Région africaine
AFR/RC59/R8	Motion de remerciements
AFR/RC59/INF.DOC/1	Accélération de la prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine de l'OMS : Rapport de situation
AFR/RC59/INF.DOC/2	« Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine » : Rapport de situation
AFR/RC59/INF.DOC/3	Application du Règlement sanitaire international dans la Région africaine : Rapport de situation
AFR/RC59/INF.DOC/4	Rapports d'audit interne et externe de l'OMS
AFR/RC59/INF.DOC/5	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la région africaine
AFR/RC59/INF.DOC/6	Eradication de la poliomyélite : Rapport de situation
AFR/RC59/15	Rapport final du Sous-Comité du Programme
AFR/RC59/16	Recrutement international des personnels de santé : Projet de code de pratique mondial
AFR/RC59/RT/1	Partage des meilleures pratiques dans le renforcement des systèmes de santé locaux ou de district
AFR/RC59/17	Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé

AFR/RC59/18	Dates et lieux des soixantième et soixante et unième sessions du Comité régional
AFR/RC59/19	Rapport du Comité régional
AFR/RC59/CONF.DOC.1	Discours du Directeur régional, Dr Luis Gomes Sambo, à la séance d'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC59/CONF.DOC.2	Allocution prononcée par Son Excellence Festus Mogae, ancien Président de la République du Botswana et Président de l'initiative Champions pour une génération sans VIH, à la cérémonie d'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
AFR/RC59/CONF.DOC.3	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, à l'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Kigali (République du Rwanda), 31 août 2009
AFR/RC59/CONF.DOC.4	Discours de son Excellence André Mama Fouda, Ministre de la Santé publique du Cameroun, Président de la Cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC59/CONF.DOC.5	Discours de son excellence Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, à l'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
AFR/RC59/Conf.Doc.6	Allocution du Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibe, à l'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique Kigali (République du Rwanda), 31 août 2009
AFR/RC59/Conf.Doc.7	Allocution de M. Elhadj As Sy, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, à l'occasion de la Cinquante-neuvième Session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC59/Conf.Doc.8	Allocution prononcée au nom de M ^e Bience Gawanas, Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine
AFR/RC59/01	Bulletin d'information sur la République du Rwanda