

Cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 Août au 2 Septembre 2000

Rapport final



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de l'Afrique, Harare

SOMMAIRE

PARTIE I : DECISIONS DE PROCEDURE ET RESOLUTIONS

DECISIONS DE PROCEDURE		<i>Page</i>
Décision 1 :	Composition du Sous-Comité des Désignations	1
Décision 2 :	Election du Président, des Vice-présidents et des Rapporteurs	1
Décision 3 :	Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	2
Décision 4 :	Vérification des Pouvoirs	2
Décision 5 :	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	3
Décision 6 :	Ordre du jour provisoire de la cinquante et unième session du Comité régional	3
Décision 7 :	Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 8 :	Méthode de travail et durée de la Cinquante-Quatrième Assemblée Mondiale de la Santé	3
Décision 9 :	Choix des sujets des Tables rondes de 2001	5
Décision 10 :	Dates et lieux de la cinquante et unième et de la cinquante-deuxième sessions du Comité régional	5
Décision 11 :	Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de Coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)	6
Décision 12 :	Désignation du représentant de la Région africaine au Conseil conjoint de coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR)	6
Décision 13 :	Désignation du représentant de la Région africaine à la réunion des parties intéressées (autrefois appelée Comité consultatif de gestion - MAC - du Programme d'Action pour les médicaments essentiels)	6

RESOLUTIONS

AFR/RC50/R1 :	Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020	7
---------------	--	---

AFR/RC50/R2: Projet de Budget Programme 2002-2003	10
AFR/RC50/R3: Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine	10
AFR/RC50/R4: Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine	13
AFR/RC50/R5: Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre	16
AFR/RC50/R6: Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre	20
AFR/RC50/R7: Motion de remerciements	24

PARTIE II : RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Paragraphes

CEREMONIE D'OUVERTURE	1 - 39
ORGANISATION DES TRAVAUX	40 - 46
Constitution du Sous-Comité des Désignations	40
Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	41
Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	42 - 44
Adoption de l'ordre du jour	45
Adoption de l'horaire de travail	46
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL	47 - 162
Introduction	47 - 61
Développement et direction d'ensemble des programmes	62 - 84
Développement des systèmes et services de santé	85 - 101
Santé de la famille et santé reproductive	102- 115
Lutte contre les maladies transmissibles	116 - 128
Milieux favorables à la santé et développement durable	129 - 136
Maladies non transmissibles	137 - 143
Administration et finances	144 - 150
Situation du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo)	151 - 162

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANE 163 - 175

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif 164 - 166

Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé :

Implications régionales 167 - 172

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé 173 - 175

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME 176 - 280

Politique de la santé pour tous au 21ème siècle dans la Région africaine : Agenda 2020 179 - 181

Projet de Budget Programme 2002-2003 182 - 199

Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine 200 - 216

Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine 217 - 225

Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine :

Cadre de mise en oeuvre 226 - 265

Fair reculer le paludisme dans la Région africaine :

Cadre de mise en oeuvre 266 - 280

AMELIORER L'ACCES AUX MEDICAMENTS CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE 281 - 302

DISCUSSIONS TECHNIQUES 303 - 311

Choix des sujets des Tables rondes de la cinquante et unième session du Comité régional en 2001 308 - 309

Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2001 310 - 311

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE ET UNIEME ET CINQUANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL 312 - 315

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL	316
--	-----

CLOTURE DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	317 - 324
--	-----------

Remarques de clôture du Directeur régional	317 - 319
Motion de remerciements	320
Allocution du Président et clôture de la réunion	321 - 324

PARTIE III : ANNEXES

	<i>Page</i>
1. Liste des participants	87
2. Ordre du jour de la cinquantième session du Comité régional	103
3. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue du 24 au 28 juillet 2000	106
4. Rapport des Discussions techniques	154
5. Allocution de bienvenue du Dr Alain Ludovic Tou, Ministre de la Santé de Burkina Faso, Président du Comité national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles	166
6. Allocution du Dr Libertine Amathila, Président de la quarante-neuvième session du Comité régional	171
7. Allocution du Professeur Couavi A. L. Johnson, Directeur du Département de l'Education, de la Science, de la Culture et des Affaires sociales de l'Organisation de l'Unité africaine	174
8. Allocution du Dr Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	178
9. Allocution du Dr Gro Harlem Brudtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé	180
10. Discours d'ouverture de Son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président du Faso	191
11. Ordre du jour provisoire de la cinquante et unième session du Comité régional	194
12. Liste des documents	196

PARTIE I

**DECISIONS DE PROCEDURE
ET
RESOLUTIONS**

DECISIONS DE PROCEDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le 28 août 2000; il était composé des représentants des Etats Membres suivants : Erythrée, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Togo, Zimbabwe. Sao Tomé et Principe était absent.

Le Sous-Comité a élu Président le Dr Sam Zaramba, représentant de l'Ouganda.

Le Sous-Comité a également élu Rapporteur, le Dr Batchassi Essosolem, Directeur général du Ministère de la Santé du Togo.

Septième séance, 31 août 2000

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

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

Président :	Dr A. Ludovic Tou <i>Ministre de la Santé, Burkina Faso</i>
Vice-Présidents :	M. J.A. Bibang Nchuchuma <i>Ministre de la Santé, Guinée équatoriale</i> Dr Gurrach Galgallo <i>Ministre adjoint de la Santé, Kenya</i>
Rapporteurs :	M. Dangde L. Damaye <i>Ministre de la Santé, Tchad (français)</i> M. Aleke K. Banda <i>Ministre de la Santé, Malawi (anglais)</i> M. Antonio Bamba <i>Ministre de la Santé, Guinée-Bissau (portugais)</i>

Septième séance, 31 août 2000

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

Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo et Sierra Leone.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 28 août 2000. Les délégués des Etats Membres suivants étaient présents : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, Mozambique, Nigéria et Sierra Leone. La République démocratique du Congo était absente.

Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a élu Président, le Dr Traoré Fatoumata Nafo, Ministre de la Santé du Mali.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 4 : Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, à la suite des propositions du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Erythrée, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Namibie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République du Congo, République Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo et Zimbabwe. Les Etats Membres suivants ont par la suite présenté leurs pouvoirs : Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Zambie.

Septième séance, 31 août 2000

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

Le mandat des pays suivants au sein du Sous-Comité du Programme vient à expiration à la fin de la cinquantième session du Comité régional : Algérie, Ouganda, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe. Ils seront remplacés par les pays suivants : Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, République du Congo (Brazzaville) et Tchad.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 6 : Ordre du jour provisoire de la cinquante et unième session du Comité régional

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

Septième séance, 31 août 2000

Décision 7 : Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 8 : Méthode de travail et durée de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 1) Le Président de la cinquantième session du Comité régional de l'Afrique sera désigné comme Vice-Président de la Quarante-Quatrième session de l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2001. La Région africaine avait désigné le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2000.

Commissions principales de l'Assemblée mondiale de la Santé

- 2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional, examinera au besoin avant chaque Assemblée mondiale de la Santé les désignations des délégués des Etats Membres de la Région africaine pouvant assumer efficacement les fonctions suivantes :
- Présidents des Commissions principales A et B;
 - Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

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

- 3) En suivant l'ordre habituel, la Guinée équatoriale a désigné une personne devant faire partie du Conseil exécutif à partir de sa cent-septième session immédiatement après la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Ce délégué se joindra à ceux du Cap-Vert, de la République centrafricaine, du Tchad, des Comores, de la République du Congo (Brazzaville) et de la Côte d'Ivoire au titre de la Région africaine.
- 4) Le mandat du Cap-Vert et de la République centrafricaine expirera à la fin de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Ces deux pays seront remplacés par l'Erythrée et l'Ethiopie qui assisteront à la cent-huitième session du Conseil exécutif en mai 2000.
- 5) Les Etats Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif devront confirmer leur acceptation au moins six semaines avant la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.
- 6) Par sa résolution WHA51.26, la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a décidé que les Etats Membres appelés à désigner un délégué au Conseil exécutif le désignent en qualité de représentant gouvernemental techniquement qualifié dans le domaine de la santé.

Réunion informelle du Comité régional

- 7) Le Directeur régional convoquera cette réunion le lundi 14 mai à 8 heures, au Palais des Nations à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa cinquantième session.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 9 : Choix des sujets des Tables rondes de 2001

Le Comité régional a décidé d'organiser des Tables rondes au cours de ses sessions pour favoriser l'interaction et l'échange d'idées et de données d'expérience entre les Ministres de la Santé et les chefs de délégation. Il a donc approuvé les sujets suivants pour les Tables rondes de sa cinquante et unième session en 2001 :

- 1) Pour un système de santé plus performant
- 2) Lutte contre la maladie : le rôle de la mobilisation sociale
- 3) Réduction de la pauvreté : le rôle du secteur de la santé.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 10 : Dates et lieux de la cinquante et unième et de la cinquante-deuxième sessions du Comité régional

Le Comité régional, conformément au Règlement intérieur, a accepté de tenir sa cinquante et unième session à Brazzaville, République du Congo, en août 2001, sauf recommandation contraire d'une équipe d'évaluation ministérielle, ayant la même expertise que la précédente mission, qui se rendra à Brazzaville en janvier 2001. La session se tiendrait du 27 août au 1er septembre 2001. Le Comité régional est convenu en outre que sa cinquante-deuxième session se tiendrait au Bureau régional.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 11 : Désignation de représentants de la Région africaine au Comité d'orientation et de coordination (PCC) du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP)

Le mandat du Bénin au sein du PCC expirera le 31 décembre 2000. Suivant l'ordre alphabétique anglais, le Bénin sera remplacé par le Cameroun pour une période de trois ans à compter du 1er janvier 2001. Le Cameroun se joindra au Burkina Faso et au Burundi qui sont déjà membres du Comité.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 12 : Désignation du représentant de la Région africaine au Conseil conjoint de coordination (JCB) du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR)

Le mandat du Botswana expirera le 31 décembre 2000. Suivant l'ordre alphabétique anglais, ce pays sera remplacé par le Burundi à compter du 1er janvier 2001 pour un mandat de trois ans. Le Burundi y rejoindra le Burkina Faso.

Septième séance, 31 août 2000

Décision 13 : Désignation du représentant de la Région africaine à la Réunion des parties intéressées (autrefois appelée Comité consultatif de gestion - MAC - du Programme d'Action pour les médicaments essentiels)

Le mandat du Burundi expirera le 31 décembre 2000. Suivant l'ordre alphabétique anglais, ce pays sera remplacé par le Burkina Faso pour un mandat de trois ans à compter du 1er janvier 2001. Le Burkina Faso y rejoindra le Botswana.

Septième séance, 31 août 2000

RESOLUTIONS

AFR/RC50/R1 : Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020

Le Comité régional,

Rappelant l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1998 de "La Déclaration mondiale sur la santé" qui affirme la nécessité de donner effet à la politique mondiale de la Santé pour tous pour le 21ème siècle par la mise en oeuvre de politiques régionales et nationales appropriées;

Convaincu de la pertinence des principes et des valeurs qui sous-tendent l'approche des soins de santé primaires pour la mise en oeuvre de la politique de la santé pour tous et persuadé que ces principes et valeurs constituent une source d'inspiration pour les pays africains;

Considérant l'ampleur et la persistance des problèmes de santé engendrés par les maladies transmissibles, en particulier le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, les complications de la grossesse et de l'accouchement, les nombreuses maladies de l'enfance, les problèmes liés à la santé mentale, les environnements néfastes à la santé, les modes de vie et les comportements à risque, l'inefficacité des services de santé, les situations d'urgence complexes, les conflits armés et leur impact tragique sur les populations africaines;

Considérant que les nations africaines doivent avoir pour vision de surmonter la lourde charge de morbidité, les hauts niveaux de pauvreté, l'absence d'opportunités et d'informations, ceci dans un contexte de développement autonome des systèmes de santé afin d'améliorer l'état de santé de toutes les populations;

Convaincu de la nécessité d'un cadre de référence pour la formulation de politiques nationales de développement sanitaire capables d'offrir des solutions durables aux divers problèmes de santé que rencontrent les pays africains à l'aube du troisième millénaire;

Considérant que la concrétisation de la vision du développement sanitaire à l'horizon 2020 sera une tâche gigantesque et ardue qui fera appel à la mobilisation de toutes les ressources et au génie de tous les Africains en vue d'un développement humain durable qui réponde à leurs aspirations fondamentales;

Ayant entrepris une série d'actions aux niveaux national et régional, qui ont abouti à la formulation de la politique régionale de la santé pour tous pour le 21^{ème} siècle en vue d'orienter le développement sanitaire au cours des prochaines décennies;

Ayant examiné avec soin le rapport du Directeur régional, tel que contenu dans le document AFR/RC50/8 sur la politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle jusqu'à l'an 2020,

1. APPROUVE la politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020, qui traduit l'aspiration des populations africaines à une meilleure santé;
2. DEMANDE aux Etats Membres
 - i) de prendre des dispositions pour traduire la politique régionale en politiques nationales réalistes et novatrices, assorties de plans stratégiques appropriés et de cadres de mise en oeuvre pertinents définissant des interventions spécifiques à mener aux niveaux national et local dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs du développement humain;
 - ii) de prendre, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, des mesures pour renforcer le consensus en créant ou en identifiant un mécanisme multidisciplinaire et multisectoriel pour appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques sanitaires nationales durables;
 - iii) de jouer, par l'intermédiaire de leurs institutions telles que les systèmes législatif, judiciaire et exécutif, un rôle directeur et régulateur pour assurer aux populations, en particulier aux groupes démunis, marginalisés et à d'autres groupes vulnérables, un maximum d'avantages au plan sanitaire;
 - iv) de mobiliser suffisamment de ressources pour la mise en oeuvre efficace de la politique sanitaire nationale actualisée et de veiller à une utilisation rationnelle des économies réalisées grâce à l'allègement de la dette en vue du développement sanitaire;

-
- v) de placer la santé au centre du développement national et, dans ce contexte, d'élaborer des stratégies appropriées en vue d'éradiquer la pauvreté;
 - v) de faire le plaidoyer en vue d'obtenir l'engagement constant des Chefs d'Etat et de Gouvernement, des responsables politiques et de la société civile en faveur de la mise en oeuvre de la politique régionale et des politiques nationales subséquentes;

3. PRIE le Directeur régional :

- i) de mobiliser les Etats Membres et la communauté internationale pour une action concertée en vue d'actualiser les politiques nationales de santé en s'inspirant des politiques mondiales et régionales, et de contribuer ainsi à la mobilisation et à l'utilisation rationnelle des ressources destinées à la mise en oeuvre de ces politiques;
- ii) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'évaluation continue des politiques et stratégies sanitaires nationales toutes les fois que cela est nécessaire;
- iii) de mettre en place un mécanisme régional permettant de surveiller et d'évaluer la mise en oeuvre de la Politique régionale de la santé pour tous : Agenda 2020;
- iv) de continuer à faire campagne avec énergie pour l'allègement de la dette et l'utilisation d'une partie importante des économies ainsi réalisées pour le développement sanitaire;
- v) de faire rapport à la cinquante-troisième session du Comité régional et ensuite tous les trois ans sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle.

Septième séance, 31 août 2000

AFR/RC50/R2 : Projet de Budget Programme 2002-2003

Le Comité régional,

Ayant examiné avec soin le rapport présenté par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour l'exercice biennal 2002-2003,

1. NOTE que le Budget Programme est, pour la première fois, un budget programme consolidé de l'Organisation mondiale de la Santé préparé par le Directeur général avec la pleine participation des Bureaux régionaux et que le montant du précédent exercice a été reconduit, traduisant ainsi une croissance zéro qui reste la base de la budgétisation générale;
2. FELICITE le Directeur régional d'avoir élaboré un rapport supplémentaire sur les orientations régionales et d'avoir continué à traduire dans les faits les orientations politiques et programmatiques définies par les Organes directeurs;
3. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. APPROUVE le Projet de Budget Programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2002-2003 et les orientations régionales pour sa mise en oeuvre;
5. PRIE le Directeur régional de continuer à faire campagne pour mobiliser davantage de ressources en vue de la mise en oeuvre des programmes;
6. PRIE le Directeur régional de porter la présente résolution à l'attention du Directeur général.

Septième séance, 31 août 2000

AFR/RC50/R3 : Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA30.49, WHA31.33, WHA41.9, WHA42.43, WHA44.33 et WHA44.34 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la valeur médicale et économique potentielle des plantes médicinales, sur le développement des ressources humaines et la recherche en médecine traditionnelle;

Rappelant les résolutions AFR/RC36/R9, AFR/RC34/R8, AFR/RC40/R8 et AFR/RC49/R5 du Comité régional sur l'utilisation des remèdes traditionnels, la législation régissant l'exercice de la médecine traditionnelle, la promotion de la médecine traditionnelle, le développement des systèmes de santé relevant de la médecine traditionnelle et de leur rôle dans l'ensemble des systèmes de santé en Afrique ainsi que sur la recherche dans le domaine des plantes médicinales;

Conscient du fait qu'environ 80 % des populations rurales vivant dans la Région africaine sont tributaires de la médecine traditionnelle pour satisfaire leurs besoins en soins de santé;

Reconnaissant l'importance de la médecine traditionnelle et les possibilités qu'elle offre pour l'instauration de la santé pour tous dans la Région africaine et le fait qu'il conviendrait d'accélérer le développement de la production locale de remèdes traditionnels afin d'améliorer l'accès à ceux-ci;

Notant que certains pays de la Région ont créé des organismes nationaux chargés de la gestion des activités dans le domaine de la médecine traditionnelle, formulé des politiques nationales sur la médecine traditionnelle, adopté des législations et élaboré des codes d'éthique et de conduite pour l'exercice de la médecine traditionnelle et créé des associations de tradipraticiens;

Notant en outre que certains pays de la Région font de la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle et que des aspects de celle-ci ont été intégrés dans les programmes de certains établissements de formation,

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional, intitulé Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à :
 - i) traduire la stratégie régionale par des politiques nationales réalistes sur la médecine traditionnelle, accompagnées d'une législation et de plans appropriés en vue d'interventions spécifiques aux niveaux national et local et à collaborer activement avec tous les partenaires à la mise en oeuvre de la stratégie régionale et à son évaluation;

-
- ii) envisager la mise en place de mécanismes et d'institutions permettant de promouvoir les aspects positifs de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé afin d'améliorer la collaboration entre les praticiens conventionnels et les tradipraticiens;
 - iii) établir des inventaires des pratiques efficaces, à apporter la preuve de l'inocuité, de l'efficacité et de la qualité des remèdes traditionnels et à entreprendre des recherches appropriées;
 - iv) promouvoir activement, en collaboration avec tous les autres partenaires, la préservation des plantes médicinales, le développement de la production locale de remèdes traditionnels et la protection des droits de propriété intellectuelle et des connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle;
 - v) mettre en place un mécanisme multidisciplinaire et multisectoriel pour appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de plans;
 - vi) encourager une collaboration régionale et sous-régionale efficace en matière d'échange d'informations;

3. PRIÉ le Directeur régional de :

- i) plaider en faveur d'un engagement et d'un appui politiques de la part des intéressés pour la création d'un environnement propice à la médecine traditionnelle et de faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires pour aider les pays à mettre en oeuvre, faire le suivi et évaluer cette stratégie;
- ii) proposer aux Etats Membres d'instaurer une Journée de la médecine traditionnelle africaine pour le plaidoyer;
- iii) élaborer des directives pour la formulation et l'évaluation des politiques nationales sur la médecine traditionnelle, de conseiller les pays sur la législation pertinente pour l'exercice de la médecine traditionnelle et sur

la documentation des pratiques et des remèdes dont l'inocuité, l'efficacité et la qualité sont avérées et de faciliter l'échange et l'utilisation de ces informations par les pays;

- iv) faire campagne pour la mise en place de mécanismes permettant d'améliorer l'environnement économique et réglementaire pour la production locale de remèdes traditionnels et l'entretien des plantes médicinales, de renforcer les centres collaborateurs de l'OMS et les autres institutions de recherche pour procéder à des recherches, élaborer des monographies sur les plantes médicinales et diffuser les résultats d'études portant sur l'inocuité et l'efficacité des remèdes traditionnels;
- v) mettre en place un mécanisme régional pour aider les Etats Membres à suivre et à évaluer efficacement les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Stratégie régionale sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé;
- vi) faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés et les défis rencontrés dans le cadre de la Stratégie régionale sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé.

Septième séance, 31 août 2000

AFR/RC50/R4 : Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine

Le Comité régional,

Conscient de l'ampleur et de l'importance, du point de vue de la santé publique, des maladies non transmissibles (MNT), dont beaucoup comportent des facteurs de risque communs;

Inquiet de la progression accélérée de la prévalence des MNT qui vient accroître le fardeau, déjà lourd, des maladies transmissibles;

Rappelant les résolutions WHA19.38, WHA25.44, WHA29.49, WHA36.32, WHA38.30, WHA42.35, WHA42.36, WHA51.18, WHA53.17 et EB105.R12, qui ont appelé à une intensification des mesures visant à lutter contre les MNT, ainsi que la recommandation adoptée par les Etats Membres aux quarante-huitième et quarante-neuvième sessions du Comité régional;

Appréciant tous les efforts faits jusqu'ici par les Etats Membres et leurs partenaires pour prendre en charge certaines MNT et, par là-même, améliorer la santé de leurs populations;

Reconnaissant la nécessité d'examiner les options existantes et d'élaborer un cadre stratégique d'ensemble pour lutter contre les MNT dans les pays de la Région africaine;

Ayant attentivement examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC50/10 et exposant la stratégie régionale OMS de lutte contre les maladies non transmissibles,

1. APPROUVE la stratégie proposée, qui vise à renforcer la capacité des Etats Membres d'améliorer la qualité de vie de leurs populations en allégeant la charge de morbidité liée aux MNT, entre autres, en favorisant des modes de vie sains et en mettant en oeuvre d'autres interventions appropriées;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
 - i) de mettre en place ou de renforcer les politiques et programmes nationaux ciblant les MNT, prévalentes au sein de leurs populations;
 - ii) de fournir un appui à la surveillance intégrée des maladies, afin de quantifier la charge de morbidité, les tendances, les facteurs de risque, la qualité de la prise en charge des cas et les principaux déterminants des maladies non transmissibles;
 - iii) de renforcer les soins de santé destinés aux malades atteints de MNT en appuyant les réformes du secteur de la santé et des interventions fondées sur les soins de santé primaires et assurées d'un bon rapport coût-efficacité;

-
- iv) d'appuyer des méthodes de prévention basées sur la connaissance des facteurs de risque, visant à réduire la survenue de cas et par là même, l'ampleur des décès prématurés et des incapacités dûs aux MNT, grâce à des approches multisectorielles, comprenant des mesures telles que la réglementation ou l'imposition le cas échéant;
 - v) d'améliorer la capacité du personnel à prendre en charge les MNT et à les combattre;
 - vi) de soutenir les recherches visant à définir des stratégies d'intervention à base communautaire, y compris celles qui font appel à la phytothérapie traditionnelle;
 - vii) de prendre en considération l'expérience et les progrès réalisés dans la prévention des désordres génétiques prévalents lors du développement des programmes de prise en charge à base communautaire de ces affections;

3. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional :

- i) d'assurer un soutien technique aux Etats Membres en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux de lutte contre les MNT;
- ii) d'accroître le soutien apporté à la formation des professionnels de la santé en matière de lutte contre les MNT, notamment en surveillant et en évaluant les programmes menés à différents niveaux, et de promouvoir le recours aux établissements de formation de la Région en tenant compte des réalités africaines;
- iii) de faciliter la mobilisation de moyens supplémentaires pour la mise en oeuvre de la Stratégie régionale dans les Etats Membres;
- iv) de dresser des plans d'opérations pour la décennie 2001-2010;
- v) de faire rapport à la cinquante-troisième session du Comité régional, en 2003, sur la mise en oeuvre de cette stratégie régionale.

Septième séance, 31 août 2000

AFR/RC50/R5 : Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre

Le Comité régional,

Notant que le VIH/SIDA est maintenant devenu la principale cause de décès en Afrique subsaharienne, compromettant les acquis des cinquante dernières années sur le plan du développement, y compris les progrès durement accomplis en matière de survie infantile et d'espérance de vie;

Considérant que les Etats Membres ont reconnu que l'épidémie constitue une menace majeure pour le bien-être de la Région et que le Conseil de sécurité la considère comme un danger pour la sécurité dans le monde;

Reconnaissant qu'avec l'appui de la communauté internationale, les pays africains ont adopté le cadre du Partenariat international contre le SIDA en Afrique, initiative visant à mobiliser des ressources accrues et à intensifier l'action contre le VIH/SIDA sur le continent;

Conscient des progrès accomplis dans certains pays de la Région en ce qui concerne la réduction ou le maintien de faibles taux de prévalence du VIH;

Considérant que la pauvreté, le sous-développement, l'absence d'opportunités, les carences nutritionnelles, les conflits et les urgences complexes favorisent la propagation du VIH/SIDA et entravent la riposte à l'épidémie;

Rappelant la résolution AFR/RC46/R8 approuvant la Stratégie régionale de lutte contre le SIDA qui réaffirmait le rôle majeur qui incombe au secteur de la santé dans le cadre d'une action multisectorielle nationale menée pour réduire la morbidité, la mortalité et les répercussions socio-économiques de la pandémie de VIH/SIDA;

Rappelant également la résolution WHA53.14 dans laquelle les Etats Membres et l'OMS ont été invités à renforcer la contribution du secteur de la santé à la riposte mondiale au VIH/SIDA;

Considérant les précédentes Déclarations, Décisions et Recommandations de l'OUA sur la maîtrise de la propagation du VIH/SIDA en Afrique;

Convaincu de la nécessité d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre VIH/SIDA afin de renforcer la contribution du secteur de la santé à la réduction de la transmission du VIH et de ses répercussions socio-économiques sur les individus, les communautés et les nations,

1. APPROUVE le cadre de mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le SIDA présentée dans le document AFR/RC50/11;
2. REMERCIE les Chefs d'Etat et de Gouvernement d'avoir décidé d'adopter l'Engagement de Ouagadougou au cours du 36ème Sommet ordinaire de l'Organisation de l'Unité africaine tenu à Lomé;
3. SE FELICITE de l'engagement pris par les Chefs d'Etat et de Gouvernement, au cours du même Sommet, d'assumer personnellement la responsabilité et la supervision des activités des Commissions et des Conseils nationaux de lutte contre le VIH/SIDA là où ils existent, et de veiller à leur création là où ils n'existent pas;
4. SOUSCRIT à la décision prise par les Chefs d'Etat et de Gouvernement d'organiser au cours de l'année 2001, un Sommet sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles;
5. DEMANDE aux Etats Membres :
 - i) de mobiliser et d'affecter des ressources financières et humaines adéquates à la riposte nationale, en tirant dûment parti des initiatives de remise de la dette en cours et en plaidant pour l'annulation de la dette;
 - ii) d'intensifier leurs efforts en vue d'alléger la pauvreté, en y intégrant le VIH/SIDA comme l'une des principales composantes des stratégies de réduction de la pauvreté;
 - iii) de mettre en place des mécanismes solides de coordination nationale de la riposte intersectorielle contre le VIH/SIDA, sous l'autorité des ministères les plus appropriés en fonction de la situation propre à chaque pays;

-
- iv) de développer et d'actualiser une législation et des politiques nationales concernant les aspects essentiels du VIH/SIDA afin d'établir un environnement propice à la prévention du VIH/SIDA, à son traitement et à l'atténuation de ces répercussions, y compris la protection des droits des personnes vivant avec et touchées par le VIH/SIDA;
 - v) de faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de plans d'action en ce qui concerne les interventions du secteur de la santé s'inscrivant dans des cadres stratégiques nationaux multisectoriels;
 - vi) d'adapter et d'appliquer la somme d'expériences et de connaissances scientifiques documentées existant aux niveaux mondial, régional et national sur les interventions de prévention et de traitement du VIH/SIDA qui présentent un bon rapport coût/efficacité;
 - vii) de renforcer leurs systèmes de santé et de faire en sorte que l'on dispose de ressources humaines suffisantes et qualifiées ainsi que de systèmes appropriés de financement, d'approvisionnement et de distribution pour faire face aux besoins en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA;
 - viii) de prendre les mesures nécessaires pour intégrer les interventions relatives à l'ensemble VIH/SIDA/IST dans les systèmes de santé à tous les niveaux, en tirant parti des possibilités offertes par l'Initiative de Bamako et les réformes en cours du secteur de la santé;
 - ix) de renforcer leur partenariat avec des organisations non gouvernementales afin de garantir leur implication effective dans la réponse multisectorielle;
 - x) d'accélérer l'essor des programmes en décentralisant leur planification et leur mise en oeuvre au niveau du district, en fournissant un appui pour des initiatives locales, en assurant la participation des communautés et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou touchées par celui-ci, et en favorisant l'accès aux ressources financières permettant d'organiser des activités;

-
- xi) de sélectionner et d'exécuter des interventions pertinentes d'un bon rapport coût-efficacité, et notamment les actions de prévention en direction des adolescents et des jeunes, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la fourniture de soins et d'un soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA, en particulier les orphelins, la mise en place d'actions de sécurité du sang, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les conseils et les tests de dépistage volontaires, et la surveillance épidémiologique;
 - xii) d'élargir l'accès au traitement et à la prophylaxie des pathologies liées au VIH grâce à des mesures telles que la fourniture de médicaments à des prix abordables; l'application de politiques relatives aux médicaments génériques; l'adoption de systèmes appropriés de financement des soins de santé; la négociation avec les laboratoires pharmaceutiques; et le partenariat avec le secteur privé;
 - xiii) d'encourager la fabrication locale et l'importation de médicaments grâce à des pratiques conformes à la législation nationale et aux accords internationaux;
 - xiv) de promouvoir et de soutenir la recherche par des scientifiques nationaux, notamment sur la production locale de médicaments et de remèdes traditionnels;
 - xv) d'adapter et d'appliquer ces stratégies à leurs circonstances particulières lorsqu'ils sont touchés par des conflits ou des situations d'urgence complexes;
 - xvi) de mettre en place, au sein du ministère de la santé, une structure appropriée pour la gestion du volet santé de la riposte nationale au VIH/SIDA au sein du secteur de la santé;
8. DEMANDE aux partenaires internationaux et autres de défendre et d'intensifier le soutien aux pays dans le cadre du Partenariat international contre le SIDA en Afrique;

9. DEMANDE au Directeur régional :

- i) de fournir un soutien technique aux Etats Membres afin de renforcer la capacité de riposte du secteur sanitaire à la pandémie de VIH/SIDA;
- ii) de mobiliser des ressources ordinaires et extrabudgétaires en vue d'appuyer le renforcement de la riposte du secteur sanitaire à la pandémie de VIH/SIDA;
- iii) de plaider la cause de l'annulation de la dette des pays lourdement endettés et de ceux qui sont gravement frappés par le VIH/SIDA;
- iv) de prendre des mesures appropriées pour accroître la capacité de l'OMS d'offrir, en temps voulu, un soutien technique aux programmes nationaux dans le cadre de la riposte de l'ensemble du système onusien s'opérant dans le contexte de l'ONUSIDA;
- v) de renforcer la collaboration et le partenariat avec d'autres institutions des Nations Unies, dans le contexte de l'ONUSIDA;
- vi) de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA.

Septième séance, 31 août 2000

**AFR/RC50/R6 : Faire reculer le paludisme dans la Région africaine :
Cadre de mise en oeuvre**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution AFR/RC45/R4 du Comité régional sur le Programme régional de lutte contre le paludisme de septembre 1995, la Déclaration de Harare sur la lutte contre le paludisme adoptée par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) le 4 juin 1997 dans le contexte du Redressement et du Développement économique de l'Afrique,

l'Initiative africaine pour la lutte contre le paludisme au 21^{ème} siècle, devenue l'Initiative Faire reculer le paludisme fin 1998, ainsi que la résolution WHA52.11 - Faire reculer le paludisme - de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé;

Gardant à l'esprit les initiatives internationales telles que le lancement, en octobre 1998, d'un partenariat mondial, après la décision prise, en juillet de la même année, par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, de rendre prioritaire l'initiative Faire reculer le paludisme; la réponse positive et l'engagement exprimé par les Chefs d'Etat et de Gouvernement lorsque le Directeur général de l'OMS les a invités à participer à l'effort mondial en vue de faire reculer le paludisme; et la Déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 sur l'Initiative Faire reculer le paludisme et son plan d'action;

Conscient de l'aggravation de la situation du paludisme, l'une des principales causes de mortalité et de morbidité, qui, avec son cortège inacceptable de décès et de souffrances, constitue un lourd fardeau économique et entrave le progrès de la Région, ainsi que de la nécessité de contribuer au développement du secteur de la santé en vue d'accroître l'accès aux interventions de prévention et de lutte et d'en améliorer la qualité;

Reconnaissant que l'Initiative Faire reculer le paludisme vise à réduire de façon considérable les souffrances humaines et les pertes économiques dues à l'une des maladies les plus coûteuses du monde et que cette initiative tirera parti de tous les efforts en cours par la mise en place de partenariats aux niveaux local, national, régional et mondial, tout en maximisant l'impact des contributions des principaux partenaires, notamment celles des pays de la Région où la maladie est endémique;

Considérant l'engagement des pays de la Région africaine à accélérer et à mettre en oeuvre des stratégies pour faire reculer le Paludisme;

Faisant siennes la décision relative au DDT prise à la quarante-neuvième session du Comité régional et les recommandations de la réunion pour la réduction de la dépendance à l'égard du DDT qui s'est tenue à Harare en février 2000;

Considérant la décision du 36^{ème} Sommet des Chefs d'Etat des pays africains de déclarer le 25 avril de chaque année "Journée africaine de lutte contre le paludisme";

Reconnaissant l'appui inestimable que les partenaires des accords multilatéraux et bilatéraux ont d'ores et déjà apporté aux pays pour le lancement et la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme,

-
1. APPROUVE le cadre de mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme présenté dans le document AFR/RC50/12;
 2. SOUSCRIT à la décision du 36ème Sommet de l'OUA de célébrer le 25 avril de chaque année la Journée africaine de lutte contre le Paludisme;
 3. PRIE les Nations Unies de proclamer les années 2000-2010 décennie de la lutte contre le paludisme;
 4. DEMANDE aux Etats Membres :
 - i) d'accélérer le processus d'élaboration de plans d'action et la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans le cadre proposé;
 - ii) d'assurer la participation active de toutes les parties prenantes - communautés, ministères de la santé et autres ministères, secteur privé, organisations non gouvernementales, société civile, organismes bilatéraux et multilatéraux, institutions spécialisées des Nations Unies - aux actions entreprises dans le contexte de l'Initiative Faire reculer le paludisme;
 - iii) de rendre disponibles et abordables les moyens de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme, y compris, le cas échéant, le traitement à domicile, jusque dans les régions les plus reculées, dans le cadre des plans d'action;
 - iv) de promouvoir les interventions visant à permettre à toutes les personnes à risque, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, de bénéficier de la meilleure combinaison possible de mesures personnelles et communautaires de protection, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres interventions telles que la gestion écologique, qui soient d'un accès facile et d'un coût abordable pour prévenir le paludisme et son cortège de souffrances;
 - v) de renforcer, s'il y a lieu, le traitement des habitations par des insecticides à effet rémanent d'un bon rapport coût/efficacité pour lutter contre les vecteurs;

-
- vi) de renforcer la surveillance du paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies, afin de le détecter précocement et d'améliorer la capacité de préparation et de réponse aux épidémies;
 - vii) d'intensifier la participation communautaire à la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme et promouvoir ainsi la maîtrise conjointe des activités pour les rendre plus durables;
 - viii) d'appuyer la recherche en médecine traditionnelle et la mise au point de préparations antipaludiques efficaces à partir de plantes médicinales traditionnelles, de médicaments, d'insecticides et de vaccins antipaludiques d'un coût abordable pour surmonter le problème de la résistance;
 - ix) de coordonner les actions de partenariat à tous les stades de l'Initiative Faire reculer le paludisme et d'assurer le soutien nécessaire aux partenaires nationaux et internationaux;

5. PRIE le Directeur régional :

- i) d'assurer un appui aux Etats Membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans le cadre proposé;
- ii) d'assurer un appui aux Etats Membres pour faciliter la collaboration entre pays voisins dans la mise en oeuvre des activités de lutte contre le paludisme;
- iii) de préconiser le développement des ressources humaines et de mobiliser les ressources budgétaires et extrabudgétaires nécessaires à la mise en oeuvre des plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme;
- iv) d'appuyer les Etats Membres dans la surveillance et l'évaluation de l'Initiative Faire reculer le paludisme sur leur territoire;
- v) de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans la Région africaine;

6. PRIE les acteurs internationaux et autres partenaires à la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans la Région africaine d'intensifier leur appui aux pays en vue de cette mise en oeuvre.

Septième séance, 31 août 2000

AFR/RC50/R7 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant le temps consacré, les efforts consentis et les moyens mis en oeuvre par le Gouvernement du Burkina Faso pour garantir le succès de la cinquantième session du Comité régional;

Sensible à l'accueil exceptionnellement chaleureux et amical réservé à tous les représentants des Etats Membres et autres participants par le Gouvernement et le peuple du Burkina Faso;

Pleinement conscient du fait que c'est la toute première fois que le Burkina Faso est si étroitement associé à la préparation et à l'organisation du Comité régional,

1. REMERCIE très sincèrement Son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président de la République du Burkina Faso, et son Gouvernement d'avoir accueilli la réunion du Comité régional;
2. EXPRIME sa profonde reconnaissance à Son Excellence le Président Blaise Compaoré d'avoir aimablement accepté de présider la séance d'ouverture du Comité régional et d'y avoir prononcé à cette occasion le discours d'ouverture;
3. ADRESSE ses remerciements au Ministre de la Santé du Burkina Faso, Monsieur Alain Ludovic Tou, pour les efforts qu'il a déployés sans relâche en faisant de vastes préparatifs en vue de la session du Comité régional, et pour l'efficacité avec laquelle il a mené les débats;
4. REMERCIE le Gouvernement et le peuple du Burkina Faso de leur chaleureuse hospitalité;
5. PRIE le Directeur régional de transmettre cette motion de remerciements à Son Excellence Monsieur Blaise Compaoré ainsi qu'au Gouvernement et au peuple du Burkina Faso.

Septième séance, 2 septembre 2000

PARTIE II

RAPPORT
DU
COMITE REGIONAL

CEREMONIE D'OUVERTURE

1. La cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte au Centre de Conférence Ouaga 2000, à Ouagadougou (Burkina Faso), le lundi 28 août 2000, par Son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président du Burkina Faso. Parmi les personnalités présentes figuraient : M. Kadre Désiré Ouedraogo, Premier Ministre du Burkina Faso; des Ministres du Gouvernement du Burkina Faso; M. Simon Compaoré, Maire de Ouagadougou; des Chefs coutumiers; des Ministres de la Santé et des Chefs de Délégation des Etats Membres; le Représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA); le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS; le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique; des membres du corps diplomatique, des représentants d'institutions de la famille des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales. (La liste des participants figure à l'Annexe 1).
2. Le Maître des Cérémonies, M. Yaman Pako, membre de la Commission Presse du Comité national d'organisation, a donné le programme de la cérémonie d'ouverture.
3. Dans son allocution, le Dr A. Ludovic Tou, Ministre de la Santé du Burkina Faso, a souhaité la bienvenue et un agréable séjour aux délégués.
4. Il a souligné les progrès réalisés récemment au Burkina Faso dans le développement de la santé, notamment par la mise en place d'un programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et la formulation d'une politique nationale en matière de médecine traditionnelle. Il a conclu en remerciant l'OMS et les partenaires au développement, car sans leur aide bien peu de choses auraient pu se faire.
5. Le Dr L. Amathila, Ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie et Présidente de la quarante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique, a remercié le Secrétariat et les délégués pour le soutien qu'ils lui ont accordé durant son mandat de Présidente du Comité régional. Elle a remercié aussi le Président et le Gouvernement du Burkina Faso d'avoir accepté d'accueillir la présente session du Comité régional.

6. Elle a rappelé avec fierté les résultats obtenus en matière de santé au cours de son mandat. Il était normal que l'Afrique assure la présidence de l'Assemblée mondiale de la Santé en cette année où le VIH/SIDA occupe une place de choix dans son ordre du jour. Elle a souligné un certain nombre d'événements marquants : le mouvement visant à réduire le coût des médicaments antirétroviraux pour combattre le fléau du SIDA; la Conférence sur le SIDA qui s'est tenue à Durban, en Afrique du Sud; le Sommet africain sur le Paludisme d'Abuja (Nigéria); la réunion de l'OUA à Lomé (Togo); et l'aide apportée par l'OMS lors des inondations au Mozambique. Toutes ces contributions positives portent témoignage de l'engagement de l'Afrique dans le domaine de la santé.
7. Elle a également informé les délégués de la mission qu'elle avait menée à Brazzaville (République du Congo) afin d'évaluer l'avancement de la remise en état du Bureau régional, ajoutant qu'un rapport de mission serait présenté au cours de la réunion.
8. Elle a fait observer que, faute de paix, il est difficile d'instaurer une santé digne de ce nom et que les systèmes de santé doivent répondre positivement aux besoins sanitaires de l'Afrique.
9. Le Représentant du Secrétaire général de l'Organisation de l'Unité africaine, le Professeur Johnson Couavi, a rappelé aux délégués qu'à chaque minute, un homme, une femme ou un enfant meurt du SIDA ou du paludisme en Afrique. La détérioration de la situation sanitaire en Afrique ne saurait être imputée à l'absence d'efforts d'institutions telles que l'OUA ou l'OMS, mais à l'expansion démographique rapide, aux catastrophes naturelles, à l'aggravation de la pauvreté et aux conflits armés. Il a instamment invité les Etats Membres à agir promptement pour mobiliser des ressources financières au niveau national et international afin d'appliquer les décisions prises au sujet du SIDA et du paludisme.
10. Le Représentant de l'OUA a dit qu'il était important pour son Organisation de renforcer son partenariat avec l'OMS afin de réaliser les résultats sanitaires attendus, et il a remercié l'OMS et le Directeur régional des efforts qu'ils consentent pour trouver des solutions durables aux problèmes sanitaires de l'Afrique. Il a également informé les délégués que l'OUA ferait de son mieux pour assurer la mise en oeuvre de la décision de Lomé, adoptée cette année.

-
11. Le Directeur régional de l'OMS, le Dr Ebrahim M. Samba, a informé les délégués qu'il était honoré et fier de se trouver au Burkina Faso pour la cinquantième session du Comité régional. Ayant vécu et travaillé au Burkina Faso pendant plus de 14 ans, il s'y sent chez lui.
 12. Il a rappelé que cette session du Comité régional revêtait une signification particulière en ce sens qu'elle est non seulement la première du 21ème siècle, mais aussi la première après sa réélection en qualité de Directeur régional. Il a saisi l'occasion pour remercier les chefs de gouvernement, et particulièrement le Chef de l'Etat de la Gambie (son pays d'origine) et celui du Burkina Faso, qui l'ont soutenu pour sa réélection aux fonctions de Directeur régional.
 13. Il a informé les délégués qu'au milieu de son premier mandat, un déclenchement d'hostilités au Congo avait obligé à relocaliser temporairement le Bureau régional au Zimbabwe. Malgré ces bouleversements, l'action de l'OMS dans la Région africaine s'est notablement accrue, grâce au niveau élevé d'engagement du personnel. Les progrès réalisés s'expliquent également en partie par la plus grande collaboration entre le Bureau régional et le Siège.
 14. En reconnaissance de l'hospitalité du Gouvernement et de la population de Zimbabwe, le Dr Samba a remis un certificat d'honneur et une statuette au Zimbabwe. La distinction et le cadeau ont été reçus par le Chef de délégation, le Dr David Parirenyatwa, Vice-Ministre de la Santé et de la Protection de l'Enfant du Zimbabwe, au nom de son Gouvernement.
 15. Le Directeur régional a également décerné des certificats d'honneur au Dr A. Aldis, Représentant de l'OMS en Sierra Leone, au Dr Nsue Milang, Représentant de l'OMS en Erythrée, et à M. I. N'Gaide, Fonctionnaire des services administratifs au Bureau régional, en remerciement de leur dévouement exceptionnel.
 16. Le Directeur général de l'OMS, le Dr Gro Brundtland, a remercié le Gouvernement du Burkina Faso d'accueillir la cinquantième session du Comité régional.

17. Elle a dit croire que l'an 2000 marquerait un tournant vers l'amélioration de la santé en Afrique. Elle fait observer que, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai dernier, on avait largement pris conscience que la santé était un facteur capital du développement économique et social, et qu'en améliorant la santé, on contribuait à briser le cercle vicieux de la pauvreté.
18. Le Dr Brundtland a fait remarquer que depuis, il y avait eu des signes forts montrant que l'humanité était prête et impatiente d'agir - en particulier le fait que la Conférence de Durban ait établi comme principe que toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA devaient avoir accès à des soins appropriés et que les activités de prévention devaient aussi être universelles; l'annonce par la Commission Européenne qu'elle mettrait davantage l'accent sur la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose; le fait que les pays du G8 aient convenu, au cours de leur Sommet à Okinawa, de cibles spécifiques de réduction de la charge de morbidité-mortalité imputable au paludisme, au VIH/SIDA, à la tuberculose et aux maladies courantes de l'enfant.
19. Selon le Directeur général, ces déclarations sont le fruit du dur labeur accompli par les Chefs d'Etats africains, les Ministres de la Santé et les milliers d'agents de santé dans la Région. Elle a mentionné en particulier le Sommet sur le Paludisme tenu à Abuja en avril 2000, les efforts déployés sans relâche par le Président Obasanjo du Nigéria pour inscrire la cause de la santé et de l'Afrique au coeur des priorités internationales, la réunion de l'OUA à Lomé et la Conférence de Durban sur le VIH/SIDA.
20. Elle a rendu hommage à la Région car celle-ci est en passe de permettre à l'Afrique et au monde d'éradiquer la poliomyélite. Elle a lancé un appel pour accroître la collaboration notamment par la tenue de journées nationales de vaccination synchronisées cette année et en 2001.
21. Le Dr Brundtland a évoqué l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), comme étant un exemple remarquable de partenariat novateur pour l'action de santé au niveau international, dans lequel les pays à l'évidence sont responsables de leurs programmes. Suite à un investissement initial de US \$750 millions de la Fondation Bill et Melinda Gates, d'importants engagements ont déjà été obtenus des gouvernements de la Norvège, des Etats-Unis d'Amérique et du Royaume-Uni, tandis que des gouvernements d'autres pays, par exemple celui des Pays-Bas et du Canada, ont fait part de leur vif intérêt.

-
22. Le Directeur général a fait remarquer la récente intensification des activités visant à traduire dans les faits la demande d'accès aux soins d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le dialogue entamé avec l'industrie pharmaceutique a suscité de grands espoirs pour l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux et autres médicaments utilisés pour la lutte contre le SIDA. Le but est de lancer ces projets concrets de pays d'ici novembre 2000.
 23. Des progrès significatifs ont également été réalisés dans le domaine de la transmission mère-enfant du VIH et l'on s'attend à ce que des recommandations soient faites avant la fin de cette année en matière de médicaments et de pratiques alimentaires chez les enfants susceptibles de réduire considérablement les taux de transmission du VIH en Afrique.
 24. Le succès de la maîtrise et même de l'élimination de la cécité des rivières dans les pays du Programme de lutte contre le l'onchocercose (OCP) a conduit à l'élargissement de la distribution de l'Ivermectine aux pays d'Afrique orientale, centrale et australe sous l'égide du Programme africain de lutte contre l'onchocercose.
 25. Le Dr Brundtland a indiqué qu'une offensive concertée et intensifiée contre les principales maladies meurtrières (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose) et plusieurs maladies de l'enfance était en train d'être conceptualisée en collaboration avec la Commission européenne et le G8. On espère que l'utilisation des techniques déjà disponibles telles que préservatifs pour la prévention du VIH, moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme et traitement de courte durée sous observation directe (DOTS) pour le traitement et la lutte contre la tuberculose permettra des avancées majeures dans la lutte contre ces principales maladies meurtrières des pauvres et des démunis. Elle a fait savoir que renouveler les efforts dans la lutte contre les maladies associées à la pauvreté pourrait contribuer au développement des systèmes de santé.
 26. Le Dr Brundtland s'est félicitée du débat fondamental en cours sur les moyens d'évaluer la performance des systèmes de santé, débat qui a suivi immédiatement la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000. Elle a engagé son administration à collaborer étroitement avec les pays pour mieux utiliser les sources de données existantes et pour collecter de nouvelles informations, le cas échéant.

27. Parmi les autres domaines auxquels, selon le Directeur général, l'OMS doit accorder une plus grande attention figurent la santé mentale, les maladies liées au tabagisme et les autres maladies non transmissibles.
28. Le Dr Brundtland s'est félicitée du nouveau budget programme présenté au Comité régional car il illustre très bien la façon dont l'OMS a entrepris des changements pour mieux servir ses Etats Membres. Le budget, qui est établi conjointement par le Siège et les Bureaux régionaux, rend compte de la nouvelle stratégie institutionnelle et reflète les 11 domaines prioritaires entérinés par le Conseil exécutif. Conformément à ces priorités, la Région africaine recevra des fonds nettement plus importants.
29. Le Directeur général a d'autre part précisé que la nouvelle méthode adoptée pour l'établissement du budget avait une incidence particulière sur l'action de l'OMS dans les pays, laquelle exige une approche plus stratégique de la coopération avec les pays. Cette approche stratégique permettra d'assurer une meilleure adéquation entre les stratégies adoptées au niveau mondial et les besoins des pays.
30. Le Dr Brundtland a prévenu les délégués qu'un recentrage sur la santé allait exiger toujours plus d'autofinancement par les pays ainsi qu'une bonne capacité d'absorption et de bonne gouvernance.
31. Le Directeur général a conclu en demandant qu'une action concertée soit entreprise pour saisir l'occasion offerte par un environnement mondial favorable et pour faire, tous ensemble, de cette décennie celle de l'extension de la révolution de la santé à toute l'humanité.
32. S'adressant au Comité régional, Son Excellence M. Blaise Compaoré, Président du Burkina Faso, a souhaité la bienvenue aux délégués et aux autres participants.
33. Il a relevé que le présent Comité régional se tenait en un moment où les systèmes de santé du continent se trouvent confrontés à de nombreux défis.
34. Citant Georges Peros, pour lequel la santé "c'est ce qui sert à ne pas mourir chaque fois qu'on est gravement malade", il a fait observer qu'en Afrique, il était très souvent difficile de se relever quand on souffrait d'une maladie grave.

-
35. La question primordiale que se posent aujourd'hui les dirigeants africains et les partenaires est de savoir comment assurer le développement économique avec des populations qui font face quotidiennement à la maladie. Il a informé le Comité que son Gouvernement, conscient des liens essentiels entre la santé et le développement, allouait régulièrement 12 % du budget national à la santé.
 36. Son Excellence le Président Compaoré a souligné les progrès réalisés en Afrique, notamment l'élimination imminente de la poliomyélite ainsi que la lutte contre la lèpre, la dracunculose et la maladie du sommeil.
 37. Le Président a attiré l'attention du Comité régional sur la pandémie de VIH/SIDA, devenue la première cause de décès, devant le paludisme. Il a fait observer qu'en 15 ans, 11 millions d'Africains avaient été emportés par le SIDA – lequel a fauché plus de vies que les guerres sur le continent.
 38. Tout en approuvant la proposition de création d'un fonds de solidarité international pour l'achat des médicaments dans le cadre de la lutte contre le VIH, il a souligné qu'il fallait de façon concomitante s'attaquer à d'autres problèmes importants tels qu'assurer un revenu adéquat, une éducation de base et un travail valorisant. En effet, les soins de santé ne sont que l'un des déterminants de la santé.
 39. Son Excellence le Président Compaoré a ensuite déclaré officiellement ouverte la cinquantième session du Comité régional de l'Afrique.

ORGANISATION DES TRAVAUX

Constitution du Sous-Comité des Désignations

40. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité des Désignations comprenant les représentants des Etats Membres suivants : République centrafricaine, Erythrée, Mauritanie, Niger, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Togo et Zimbabwe. Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni à 12h30 le lundi 28 août 2000 et a élu Président le Dr Sam Zaramba, représentant de l'Ouganda. Le Sous-Comité a également élu Rapporteur le Dr Batchassi Essosolem, Directeur général du Ministère de la Santé du Togo. Sao Tomé et Príncipe était absent.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

41. 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 A. Ludovic Tou <i>Ministre de la Santé, Burkina Faso</i>
1er Vice-Président :	Dr Gurrach Galgallo <i>Ministre adjoint de la Santé, Kenya</i>
2ème Vice-Président :	M. J. A. Bibang Nchuchuma <i>Ministère de la Santé, Guinée équatoriale</i>
Rapporteurs :	M. Dangde L. Damaye <i>Ministre de la Santé, Tchad (français)</i> M. Aleke K. Banda <i>Ministre de la Santé, Malawi (anglais)</i> M. Antonio Bamba <i>Ministre de la Santé, Guinée-Bissau (portugais)</i>

Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

42. Le Comité régional a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants des 12 pays suivants : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo et Sierra Leone.
43. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni le 28 août 2000 et a élu Président le Dr Traore Fatoumata Nafo, Ministre de la Santé du Mali.
44. Le Sous-Comité a examiné les pouvoirs présentés par les délégués des Etats Membres suivants : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée équatoriale, Erythrée, Kenya, Lesotho, Libéria,

Mali, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Togo, République Unie de Tanzanie, Tchad et Zimbabwe. Il a reconnu la validité de ces pouvoirs et a recommandé qu'ils soient acceptés. Il a demandé aux Etats Membres qui n'avaient pas présenté leurs pouvoirs de le faire aussitôt que possible. Les Etats Membres suivants : République démocratique du Congo, Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Ouganda et Zambie ont subséquemment soumis leurs pouvoirs qui ont été acceptés. Le Comité régional a adopté le rapport.

Adoption de l'ordre du jour

45. Le Président de la cinquantième session du Comité régional, le Dr Alain Ludovic Tou, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC50/1 Rév. 3) et le projet d'ajout d'un point portant sur le Prix Comlan Quenum. L'ordre du jour ainsi amendé a été adopté.

Adoption de l'horaire de travail

46. Le Comité régional a adopté l'horaire de travail suivant : 9h00-12h30 et 14h00-17h30, pauses-café comprises.

ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC50/2)

Introduction

47. En présentant son rapport, le Dr Samba a informé le Comité que, depuis le transfert temporaire du Bureau régional à Harare, la Région avait triplé ses activités.
48. Il a indiqué qu'en tant que serviteur élu des Etats Membres, il doit faire des visites régulières dans les pays afin d'être constamment tenu au courant des activités menées sur le terrain. Il a signalé qu'en fin de compte, les résultats ont été très positifs, avec un taux d'exécution du budget d'environ 100 %.

-
49. Le Dr Samba a assuré le Comité que le vieux problème de la faible capacité d'absorption est en train d'être résolu. Il a indiqué que la Région a besoin de beaucoup plus de ressources et qu'elle possède la capacité de les absorber.
 50. Le Directeur régional a signalé que, pour atteindre ce niveau de mise en oeuvre, le Bureau régional a institué une délégation de pouvoirs élargie. Ainsi, il a confié les questions relatives à l'exécution du budget et la gestion du personnel aux Représentants de l'OMS dans les pays et aux Directeurs de Division, au niveau du Bureau régional. Il s'est également dit satisfait que le Directeur général ait approuvé le recrutement de nationaux.
 51. En ce qui concerne les maladies transmissibles, le Dr Samba a rendu hommage au soutien sans faille des Chefs d'Etat africains, au premier rang desquels le Président Obasanjo du Nigéria, qui a accueilli un Sommet spécial sur l'Initiative "Faire reculer le paludisme" et qui a contribué à son succès de même que le Directeur général de l'OMS elle-même, ainsi que les responsables de l'Initiative au Siège de l'OMS et au Bureau régional. L'Initiative "Faire reculer le paludisme" est donc au premier plan des actions dans la Région.
 52. Il a signalé qu'actuellement la tuberculose fait l'objet d'une action vigoureuse, en utilisant la stratégie DOTS, comme l'on s'est attaqué aux problèmes associés aux autres infections opportunistes liées au SIDA.
 53. L'onchocercose ne pose plus un problème de santé publique important dans les 11 pays d'Afrique de l'Ouest de la zone initiale du programme OCP. On transmet les expériences extrêmement fructueuses de l'OCP, par le biais du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), aux pays d'Afrique orientale, centrale et orientale qui sont eux aussi touchés par la cécité des rivières.
 54. Se référant à la pénurie de vaccins et à l'accès très limité aux médicaments efficaces pour traiter les infections opportunistes ainsi qu'à l'accès pratiquement nul aux anti-rétroviraux, le Directeur régional a déploré la gravité du VIH/SIDA dans la Région.

-
55. Il a indiqué que la performance impressionnante de la quasi totalité des pays de la Région dans la mise en oeuvre de leurs Journées nationales de Vaccination (JNV) pour l'éradication de la polio, se trouve menacée par l'insuffisance du financement. Il s'est beaucoup félicité du soutien accordé par les Chefs d'Etat et les premières dames, à cette activité.
 56. Le Directeur régional a signalé que des progrès ont été accomplis dans le domaine de l'environnement et du développement durable. Une réunion consultative régionale sur la pauvreté et la santé a été organisée avec succès en 2000. Ont pris part à cette rencontre des représentants des Ministres de la Santé, des Finances et du Plan de la Région, des participants du Siège et d'autres Bureaux régionaux de l'OMS, de la Banque mondiale et, pour la première fois, des représentants du Fonds monétaire international (FMI).
 57. Il a appelé l'attention des délégués sur l'importance croissante des maladies non transmissibles dans de nombreux pays de la Région. Des affections telles que l'obésité, l'hypertension, le diabète, diverses formes de cancer et des pathologies liées au tabagisme figurent maintenant en bonne place dans les statistiques sanitaires nationales.
 58. Il a déclaré que l'étroite collaboration qu'entretient l'OMS avec d'autres institutions, en particulier avec la Banque mondiale, a conduit à des progrès significatifs dans le domaine de la réforme du secteur de la santé. Dans le cadre de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique, les 46 pays de la Région africaine de l'OMS ont participé à l'un des trois ateliers interpays qui ont eu lieu au cours de la période considérée.
 59. Le Directeur régional a signalé qu'en réponse à une demande formulée lors de la quarante-neuvième session du Comité régional, des progrès significatifs ont été accomplis dans le domaine de la médecine traditionnelle, même si son intégration souhaitée au système classique de santé demeure très lente. Un rapport à ce sujet sera remis au cours de l'actuelle session pour recueillir les commentaires et les orientations du Comité régional.
 60. Il a informé les délégués que les pays de la Région africaine continuent d'enregistrer des taux de mortalité maternelle bien supérieurs à ceux des autres Régions de l'OMS. Les taux de mortalité maternelle dans la Région se situent

entre 200 et 1800 pour 100 000 naissances vivantes, contre 20 à 25 dans les régions plus développées du monde. A travers la stratégie régionale de la maternité sans risque, beaucoup de pays ont actualisé leurs programmes et leurs stratégies afin de faire baisser rapidement la mortalité maternelle.

61. Le Dr Samba a conclu sa présentation du rapport sur les activités de l'OMS dans la Région africaine pour la période 1998-1999 en affirmant son engagement à fournir un soutien plus important et à accorder une plus grande attention aux priorités définies par le Comité régional.

Développement et direction d'ensemble des programmes

62. Dans son introduction du rapport biennal, le Dr L. G. Sambo, Directeur de la Gestion du Programme, a expliqué que le rapport se compose de trois parties, réparties comme suit :

- la première partie correspond au rapport sur les activités de l'OMS aux niveaux pays, interpays et régional;
- la deuxième partie correspond au rapport d'activité sur les résolutions adoptées au cours des sessions précédentes du Comité régional relatives à des programmes spécifiques;
- la troisième partie correspond au rapport sur la situation du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (République du Congo).

63. Le préambule de la première partie intitulée Activités de l'OMS dans la Région africaine, résume les principaux domaines de la coopération technique de l'OMS avec les Etats Membres en 1998-1999. Au nombre de ceux-ci figurent : les réformes du secteur de la santé pour améliorer le fonctionnement des systèmes de santé; le développement des ressources humaines pour la santé; la lutte contre les maladies transmissibles; la réponse aux situations d'urgence et aux épidémies; la santé de la reproduction; l'accélération des stratégies et des initiatives de survie de l'enfant; la promotion de la santé et le plaidoyer en faveur de la santé; le renforcement de la coordination entre les partenaires dans le domaine du développement sanitaire au niveau des pays et des régions.

-
64. Le préambule traite également des questions suivantes : prise de fonction du Dr Gro Harlem Brundtland, nouveau Directeur général de l'OMS; redéfinition des priorités de l'OMS; participation du Bureau régional à la préparation de la stratégie institutionnelle de l'OMS; restructuration du Siège et des Bureaux régionaux de l'OMS; définition plus claire des responsabilités du Secrétariat de l'OMS dans la réponse aux défis que pose la santé aux niveaux mondial et régional.
65. La deuxième section de la première partie du rapport traite de l'activité de l'OMS à l'échelon des pays. Elle a été élaborée à partir des résultats d'une évaluation des programmes de l'OMS, menée dans les pays en collaboration avec les responsables nationaux de la santé.
66. La troisième section de la première partie traite de l'activité de l'OMS au niveau du Bureau régional et au niveau interpays, et elle décrit notamment les réalisations les plus significatives accomplies dans chaque domaine programmatique principal des six divisions du Bureau régional.
67. Il a fait observer que les principales réalisations à l'actif du Développement et de la Direction d'ensemble des Programmes ont été les suivantes :
- une coordination et une collaboration plus étroites avec le Siège de l'OMS, à Genève;
 - une meilleure coordination avec les partenaires et les bailleurs de fonds, aboutissant à une augmentation des fonds extrabudgétaires pour la mise en oeuvre des programmes;
 - l'organisation de trois réunions interpays sur les réformes du secteur de la santé, en collaboration avec la Banque mondiale, dans le cadre du volet santé de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique.
68. En ce qui concerne la réforme du secteur de la santé, il a brièvement souligné les principaux résultats obtenus à partir de l'analyse des rapports des Etats Membres, notamment les principales orientations politiques des réformes, les principales stratégies appliquées et les principales difficultés rencontrées par les pays dans leur mise en oeuvre.

-
69. Pour ce qui est de la deuxième partie du document intitulé : Rapport d'activités sur des programmes spécifiques, le Dr Sambo a mentionné que l'OMS a accordé un soutien aux Etats Membres touchés par des catastrophes naturelles ou causées par l'homme. Au nombre des pays bénéficiaires, figurent notamment : l'Angola, le Burundi, la République démocratique du Congo, l'Erythrée, l'Ethiopie, la Gambie, la Guinée-Bissau et la Sierra Leone. Il a indiqué que le Directeur régional avait déjà pris des mesures pour mobiliser davantage de ressources techniques et financières en vue d'améliorer la capacité d'intervention dans le domaine des situations d'urgence et de l'aide humanitaire.
 70. Le Dr Sambo a informé le Comité régional que le document sur le plan stratégique de la recherche en santé, adopté par la quarante-huitième session du Comité régional, a été publié et distribué aux pays comme document de référence. Le Comité pour la Recherche et le Développement s'est réuni régulièrement pour évaluer des propositions de recherche, en vue d'un financement éventuel par le Bureau régional, tandis que le Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaires a été revitalisé. Le Bureau régional a collaboré avec le Siège dans l'activité récente d'évaluation des centres collaborateurs de l'OMS et de mise en forme définitive des nouvelles orientations relatives à la désignation et à la redésignation des centres collaborateurs.
 71. S'agissant de la troisième partie du rapport, intitulée : "Situation du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo)", le Dr Sambo a indiqué que l'on présenterait plus tard au Comité régional une mise à jour du Président de la quarante-neuvième session du Comité régional.
 72. Il a ensuite souligné les leçons importantes tirées en 1998-1999 :
 - la nécessité de se concentrer sur les priorités sanitaires déterminées par les pays ainsi que sur les domaines d'action dans lesquels l'OMS possède un avantage comparatif, afin d'être plus pertinent, plus efficient et plus efficace dans la mise en oeuvre des programmes de coopération technique avec les pays;

-
- la nécessité de faire preuve d'une certaine souplesse pendant la phase de mise en oeuvre des plans d'action en vue de faire face à des situations imprévues;
 - la nécessité de faire participer activement les organes compétents des Ministères de la Santé et les membres des équipes OMS des pays aux différents stades du processus gestionnaire des programmes de coopération technique;
 - la nécessité d'intensifier la collaboration de l'OMS avec les partenaires dans le domaine du développement aux niveaux régional, sous-régional et national.
73. Le Dr Sambo a conclu en précisant que deux tableaux relatifs aux taux d'exécution du budget ont été annexés au rapport. Le Président a ensuite été prié d'inviter les directeurs de division à faire des exposés succincts sur les parties du rapport biennal relevant de leur responsabilité.
74. Le Comité régional s'est félicité de la qualité du rapport du Directeur régional, mais il a recommandé qu'à l'avenir les présentations soient étayées par des aides audio-visuelles appropriées.
75. L'appui apporté par les Chefs d'Etat et le rôle de leadership qu'ils ont joué dans des manifestations et activités de santé telles que le Sommet d'Abuja sur le paludisme, la Conférence de Durban sur le VIH/SIDA et l'Initiative "Bouter la polio hors d'Afrique" ont été vivement loués par les délégués.
76. Les délégués ont reconnu que la solidarité entre Etats africains et la vision commune du Directeur général et du Directeur régional avaient toutes les chances de créer la différence et d'accélérer l'amélioration de la situation sanitaire en Afrique.
77. Des questions ont été soulevées concernant la fiabilité de certaines des données utilisées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 et dans le Rapport biennal du Directeur régional. Le Comité a toutefois proposé d'entreprendre des recherches participatives associant les Etats Membres et de demander au Secrétariat de consulter les pays pour obtenir des données plus précises à inclure dans des rapports aussi importants.

-
78. Les opérations d'urgence et l'action humanitaire sont apparues comme l'un des domaines où l'OMS devrait intensifier son appui en aidant les pays à créer des centres nationaux de préparation aux catastrophes. Le Comité régional a instamment invité les pays à envisager de consacrer dans le plan d'action des bureaux de pays de l'OMS une ligne budgétaire spécifiquement aux situations d'urgence, en plus de la création d'une équipe pluridisciplinaire à cette fin.
 79. Le Comité a remercié les gouvernements et les peuples des pays de la Région africaine pour l'aide qu'ils ont apportés au Mozambique et il a remercié également l'OMS pour le rôle capital qu'elle a joué dans la coordination de l'aide et des secours lors des récentes inondations.
 80. Le Directeur régional a réitéré la gratitude de l'OMS envers le Gouvernement du Zimbabwe pour son hospitalité et il a remercié le Gouvernement du Congo des efforts qu'il déployait pour assurer le retour rapide du Bureau régional à Brazzaville.
 81. Le Directeur régional a pris note des observations faites par les délégués sur la fiabilité des données contenues dans son rapport et il a estimé qu'il faudrait les actualiser périodiquement.
 82. Il a fait savoir que, pour renforcer des capacités nationales de préparation et de riposte aux situations d'urgences, des ateliers étaient organisés tandis que des lignes directrices sur ces questions étaient en cours de préparation pour être diffusées ensuite. Il a également informé le Comité que l'OMS continuerait à répondre favorablement aux demandes d'appui adressées par les pays se trouvant dans une situation d'urgence.
 83. Le Directeur régional a confirmé que l'OMS était prête à mener une action de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, tout en insistant sur le fait que l'Organisation n'était pas une institution donatrice.
 84. Pour sa part, le Dr Luis G. Sambo, Directeur de la Gestion du Programme, a remercié les délégués de leurs observations et a confirmé que l'on redoublerait d'efforts à l'avenir pour assurer l'interaction avec les autorités nationales de manière à avoir davantage d'informations à jour.

Développement des systèmes et services de santé

85. Le Dr R. Chatora, Directeur de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé, a présenté cette partie du Rapport biennal.
86. Il a déclaré que l'une des principales activités de la Division était l'élaboration de la politique régionale de la santé pour tous au 21^{ème} siècle, qui a débuté en 1997 par des consultations nationales et régionales et dont le résultat final devra être examiné par la présente session du Comité régional.
87. La plupart des pays ont entrepris des réformes du secteur de la santé. L'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique a aidé à organiser des réunions à Cotonou, Addis Abeba et Maputo au cours desquelles des informations ont été échangées sur les progrès réalisés et sur les questions de réforme du secteur de la santé qui méritent encore une attention.
88. Le Comité régional a été informé de la mise à disposition très prochaine des matériels de formation pour le renforcement de la capacité des équipes de gestion sanitaire de district et d'un instrument d'évaluation du fonctionnement des systèmes de santé de district et périphérique - mis au point par le programme de systèmes de santé de district. Les pays pourront en bénéficier.
89. Une deuxième réunion régionale destinée à faire le point de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a été organisée au Mali en 1998 en partenariat avec d'autres institutions, dont l'UNICEF; elle a permis de définir la dimension communautaire de la réforme du secteur de la santé. Le programme a contribué sensiblement à la mise en oeuvre des Initiatives Faire reculer le paludisme et Maternité sans risque.
90. Le Dr Chatora a indiqué que, dans le domaine des systèmes d'information sanitaire, dix pays bénéficient d'un appui pour examiner leur politique en la matière et élaborer leur plan d'action, choisir des indicateurs et élaborer des manuels d'information. Le projet de recherche sur les systèmes de santé, qui a débuté en Afrique australe, a été transformé en programme régional.
91. Pour donner suite à une décision adoptée par le Comité régional à sa quarante-neuvième session, une stratégie régionale de promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé a été élaborée. Cette dernière sera

examinée par le Comité régional à sa présente session. Un appui technique est apporté à un pays pour l'élaboration de sa politique et à deux autres pour l'organisation de colloques sur la médecine traditionnelle.

92. Le programme des médicaments essentiels aide cinq pays à élaborer et adopter une politique pharmaceutique nationale. En 1998, trois pays membres de l'Association africaine des centrales d'achat des médicaments essentiels génériques (ACAME) ont acheté conjointement cinq médicaments génériques, faisant ainsi 27 % d'économies par rapport au coût de l'achat selon les procédures habituelles. Le programme régional a financé l'analyse de plus de 5000 échantillons de médicaments par les laboratoires régionaux de contrôle de la qualité au Cameroun, au Niger et au Zimbabwe.
93. A la suite de l'adoption par le Comité régional en 1998 de la stratégie régionale de développement des ressources humaines pour la santé, le programme a été restructuré, respectivement, en trois unités dont l'une est responsable de la gestion, l'autre de la formation et enfin une troisième chargée de la pratique ainsi que des soins infirmiers. Trois réunions interpays ont eu lieu dans le cadre de l'élaboration de la stratégie régionale de mise en oeuvre. En outre, des lignes directrices ont été préparées en vue de l'élaboration d'une politique de ressources humaines en santé et de la révision des programmes de formation infirmière et obstétricale.
94. Enfin, le Dr Chatora a signalé qu'un appui était fourni à des pays pour la mise en place de systèmes de contrôle de la qualité dans les laboratoires et pour l'élaboration ou le renforcement de programmes nationaux d'assurance de la qualité des soins. On a intensifié les activités en matière de sécurité transfusionnelle, et un atelier sous-régional a été organisé à l'intention des directeurs de services nationaux de transfusion sanguine des pays francophones.
95. Le Comité régional a demandé que l'OMS accorde un appui plus important à la mise en place ou au renforcement des systèmes de santé.
96. Etant donné les problèmes actuels au niveau des ressources, le Comité a considéré qu'il fallait choisir un nombre plus restreint de priorités aux niveaux tant régional que national, pour que les ressources disponibles puissent leur être consacrées. De plus, les délégués ont demandé l'aide de l'OMS pour la mobilisation de ressources internes et externes, notamment pour l'élaboration de lignes directrices afin d'avoir accès aux fonds annoncés. On accorderait à cet égard une

attention particulière au partenariat entre le secteur public et le secteur privé. La question de la dimension morale des prêts attribués à des programmes de santé a également été soulevée.

97. L'importance d'une approche intersectorielle du développement sanitaire et de la collaboration de l'OMS avec d'autres institutions du système des Nations Unies a été mise en avant.
98. S'agissant de la mobilité des ressortissants nationaux, il a été souligné que la question devrait être examinée de façon officielle. D'un autre côté, les délégués se sont félicités de la décision du Directeur général et du Directeur régional de renforcer les bureaux de pays de l'OMS dans la Région.
99. Au sujet des bourses d'étude, le Directeur régional a précisé que des ressources restaient disponibles pour ce secteur d'activité dans les plans d'action de bureaux de pays de l'OMS.
100. Le Directeur de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé a insisté sur le fait que les pays devaient présenter des plans nationaux d'action en santé réalistes car il semblait y avoir de notables divergences entre la politique arrêtée et la mise en oeuvre concrète. Les faits obtenus grâce à l'évaluation de la performance des systèmes de santé pourraient servir à déterminer les éléments de la politique à actualiser.
101. Il a indiqué que les demandes d'information et de données à jour destinées à la préparation du Rapport sur la santé dans le monde 2001 seraient envoyés aux pays, comme l'avait précisé le Directeur général.

Santé de la famille et santé reproductive

102. Le Dr B. Nasah, Coordonnateur de la Division de la Santé de la Famille et de la Santé reproductive, a présenté cette partie du Rapport biennal.
103. Il a rappelé que la Division avait pour mission de promouvoir la santé des familles et des individus à travers une approche globale du cycle vital. Aussi le rapport s'intéresse-t-il aux réalisations dans le domaine de la maternité sans risque, de la santé des enfants et des adolescents, à l'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles et à l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les femmes.

-
104. La nouvelle stratégie régionale en santé reproductive, centrée sur six domaines prioritaires, a été lancée et diffusée en 1997. Trois des quinze pays visés ont par la suite utilisé le cadre stratégique comme modèle pour remanier leur politique et leurs plans d'action nationaux en matière de santé reproductive.
 105. En ce qui concerne la maternité sans risque et les soins aux nouveau-nés, le paquet d'interventions ciblant le couple "mère-enfant" a été diffusé au niveau des districts dans cinq des dix pays retenus. Il s'agit d'adapter ce paquet pour mener les interventions prioritaires, de réexaminer les lignes directrices et les protocoles ainsi que d'organiser des cours de recyclage pour le personnel soignant engagé dans la pratique obstétricale. Six pays ont démarré ou achevé l'évaluation des besoins en matière de services nationaux de santé reproductive.
 106. Le Dr Nasah a fait observer qu'en ce qui concerne la santé néonatale, une approche participative interagences a été adoptée pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ceci a été rendu possible grâce à la formulation et la gestion de projets pilotes dans neuf pays où la prévalence du VIH est très élevée chez les femmes enceintes.
 107. En matière de santé des adolescents, les activités ont consisté à organiser pour treize pays un atelier de formation à la prévention et à la prise en charge du problème des abus sexuels dont sont victimes des enfants, à fournir un appui dans les situations d'urgence pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et, enfin, à entreprendre dans trois pays des projets de démonstration sur le développement psycho-social de l'enfant. De plus, un appui a été apporté à trois pays en vue de répondre aux besoins des adolescents dans les situations de conflit. Aussi quatre pays ont-ils bénéficié d'une assistance pour élaborer des programmes tenant compte de la culture locale afin d'éviter la transmission du VIH/SIDA.
 108. Le Comité régional a été informé que sept des dix pays susceptibles de recevoir un appui pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines avaient élaboré des plans nationaux et quatre d'entre eux étaient passés à la phase d'exécution. Deux consultations sous-régionales ont été organisées pour faire le point sur l'expérience des pays dans les deux domaines suivants : l'élaboration de stratégies multisectorielles pour la prévention de la violence à l'encontre des femmes et

des jeunes filles et l'appui matériel et psycho-social aux victimes. En outre, quatre pays qui appliquent une stratégie d'alphabétisation fonctionnelle reçoivent un appui technique et financier afin d'élargir leurs activités.

109. Pour conclure, le Dr Nasah a fait observer qu'en dépit de l'adoption du cadre stratégique décennal pour la santé reproductive, la maternité sans risque n'occupe toujours pas la place qui lui revient au niveau tant régional que national. Il est important d'établir des articulations entre les programmes existants afin d'accroître la synergie nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et à la résolution des autres problèmes qui affectent la santé des femmes, des enfants et des jeunes dans la Région.
110. Le Comité régional s'est inquiété du fait que le document était centré sur les soins obstétricaux d'urgence au lieu d'adopter une approche plus globale de la grossesse et des soins obstétricaux.
111. Les délégués ont insisté sur le fait qu'il fallait associer les femmes au développement sanitaire et leur garantir l'accès à des soins de santé de qualité.
112. Une invitation officieuse a été adressée aux délégués pour la conférence sur la maternité sans risque prévue en Afrique du Sud en mars 2001.
113. S'agissant de la participation des femmes, le Directeur régional a reconnu qu'il fallait les associer au développement sanitaire sur un pied d'égalité. Il a précisé que l'OMS faisait des efforts concertés pour recruter davantage de femmes à des postes de responsabilité.
114. Dans sa réponse, le Coordonnateur de la Division de la Santé de la Famille et de la Santé reproductive a souligné qu'il était difficile d'obtenir des données précises en raison des carences des systèmes nationaux d'information sur la gestion sanitaire ainsi que des carences dans la notification des données, en particulier sur la maternité sans risque.
115. Il a informé le Comité régional que l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, s'il était assuré à l'échelle voulue, permettrait de réduire de 75 % la mortalité maternelle dans la Région. Il a indiqué que la question serait traitée plus en détail lors des discussions techniques de cette année.

Lutte contre les maladies transmissibles

116. Le Dr A. Kaboré, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté cette partie du Rapport biennal.
117. Il a rappelé que durant les deux années 1998-1999, la collaboration s'est intensifiée avec les Etats Membres pour la mise en oeuvre des plans de lutte contre les maladies transmissibles, que des progrès nouveaux ont été faits et que des approches novatrices sont appliquées dans la lutte contre ces maladies.
118. Le rôle crucial des laboratoires dans la lutte contre les épidémies a été renforcé, et l'on a mis en place un réseau régional de laboratoires associant 17 pays. De plus, tous les blocs épidémiologiques sont devenus opérationnels, pour qu'une réponse rapide aux demandes des pays soit possible.
119. La surveillance intégrée des maladies transmissibles a été mise en place dans neuf pays et une base de données créée au niveau régional ainsi que dans chacun des blocs épidémiologiques.
120. En ce qui concerne le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), des lignes directrices ont été élaborées et un réseau technique a été créé. Un groupe spécial régional a été mis en place pour la lutte contre les IST afin d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre ces maladies dans les pays. Par ailleurs, des lignes directrices générales ont été préparées et mises à l'essai dans quatre pays pour l'utilisation efficace et équitable des médicaments antirétroviraux.
121. Le Dr Kaboré a fait état des activités entreprises en 1998-1999, comme suit : le programme accéléré de lutte contre le paludisme a été conduit dans 27 pays; l'Initiative "Faire reculer le paludisme" a été adoptée et sa mise en oeuvre engagée dans 30 pays; 25 pays ont reçu un appui pour le renforcement des capacités de planification et d'évaluation de la lutte contre le paludisme; 34 pays où cette maladie est endémique ont créé des sites sentinelles de surveillance de l'efficacité des antipaludiques; enfin, l'utilisation de matières textiles imprégnées d'insecticide dans 30 pays a été encouragée.

-
122. Le Comité régional a été informé que, sur les 46 pays de la Région, 40 ont maintenant adopté la stratégie DOTS de lutte antituberculeuse. Le pourcentage de la population cible ayant accès à des services utilisant la stratégie DOTS est passé à 61 %, et le taux de succès des traitements antituberculeux est maintenant de 62 %, pour une cible de 85 %. Par ailleurs, un système de contrôle de la qualité dans les laboratoires antituberculeux a été mis en place dans 18 pays et une stratégie générale de lutte contre l'ulcère de Buruli a été définie.
 123. De nombreux pays disposant d'une stratégie pour améliorer la couverture de la vaccination de routine ont mis en place un système de surveillance fondé sur chaque cas repéré et entrepris des activités de vaccination supplémentaires. Certains pays ont également lancé un programme d'élimination de la rougeole.
 124. Le Dr Kaboré a fait remarquer que des journées nationales de vaccination ont été organisées avec succès dans 33 Etats Membres et que 94 % d'entre elles ont permis d'obtenir un taux de couverture d'au moins 80 %. Le nombre de cas notifiés de paralysie flasque aiguë (PFA) a atteint 3134 entre janvier et septembre 1999, contre 1699 en 1998, tandis que la proportion des cas de PFA non poliomyélitique a doublé, passant de 0,3 en 1998 à 0,6 en 1999.
 125. Il a indiqué que 32 pays ont adopté et appliquent la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), 31 pays ont atteint leur cible en matière d'élimination de la lèpre, le nombre des pays où la dracunculose est endémique a reculé, passant de 16 à 13 entre 1998 et 1999, des opérations de cartographie épidémiologique rapide sont menées dans 15 pays pour la lutte contre l'onchocercose et, enfin, 57 projets de traitement par l'Ivermectine ont été entrepris en 1998 et 1999.
 126. Les difficultés d'exécution des activités proviennent surtout du transfert du Bureau régional et des problèmes socio-politiques rencontrés dans de nombreux pays.
 127. Pour conclure, il a indiqué que les réalisations ont été notamment facilitées par une meilleure communication avec les pays, par la participation des équipes interpays à la mise en oeuvre des programmes menés dans les pays, par la

possibilité d'obtenir des fonds extrabudgétaires pour des activités supplémentaires et par la mise en place d'un solide partenariat avec de nombreux partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi qu'avec de nombreuses ONG.

128. En ce qui concerne la prise en charge du VIH/SIDA, le Comité régional a proposé que l'« accès aux soins » aille au-delà de l'accessibilité des médicaments pour inclure l'eau propre, la réduction de la pauvreté, les questions d'environnement, etc.

Milieus favorables à la santé et développement durable

129. Mme E. Anikpo, Directeur de la Division des Milieux favorables à la Santé et du Développement durable, a précisé que la Division avait été créée il y a deux ans par le Directeur régional pour aider les Etats Membres à évaluer et maîtriser les effets négatifs du développement écologique et socio-économique sur la santé.
130. Elle a rappelé que la quarante-huitième session du Comité régional a servi de cadre à des discussions techniques sur le rôle des Ministères de la Santé dans la gestion nationale de l'environnement.
131. Elle a expliqué que la première partie du rapport porte sur les améliorations apportées aux programmes existants tandis que la seconde partie décrit les initiatives destinées à orienter les travaux de la Division vers de nouvelles perspectives de coopération technique avec les Etats Membres.
132. S'agissant de la première partie du rapport, Mme Anikpo a fait ressortir les résultats de l'Initiative Afrique 2000, à savoir : la deuxième consultation régionale sur l'Initiative Afrique 2000, tenue en septembre 1998; l'adoption de l'Initiative et son lancement par la quasi-totalité des pays de la Région; l'appui à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement en milieu rural, accordé aux communautés touchées par le choléra dans 16 pays de la Région; la diffusion de la méthode de participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement ou projet PHAST et le système mondial de surveillance de l'environnement (GEMS); et l'organisation réussie d'un atelier régional sur l'assainissement écologique et la participation à l'éducation dans le domaine de l'hygiène.

-
133. Elle a indiqué que la période biennale a été également marquée par l'évaluation mondiale du secteur, demandée par les Nations Unies. A cet égard, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a assuré le leadership et coordonné l'élaboration de la perspective africaine dans le cadre de l'évaluation mondiale du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.
 134. En ce qui concerne la sécurité chimique et l'évaluation des risques environnementaux pour la santé, la Division a appuyé quatre pays dans la préparation de leurs profils de sécurité chimique et dans l'organisation de campagnes de sensibilisation du public aux risques liés aux produits chimiques et aux rayonnements. La Division a également contribué au plan d'action de l'OMS pour l'élimination du DDT.
 135. Quatre ateliers de planification "villes-santé" ont été organisés, auxquels ont participé 172 délégués venant de 45 pays, dont six ont reçu un appui pour finaliser leurs plans d'action. Quatre autres pays ont bénéficié d'un appui financier pour mettre en oeuvre le projet "écoles-santé".
 136. Mme Anikpo a conclu en expliquant que la seconde partie du rapport donne un aperçu des nouvelles orientations du travail de la Division, à savoir : santé et pauvreté, planification du développement sanitaire sur la base de scénarios, ce dernier étant un outil pour la prise de décisions dans le domaine du développement humain durable. Un projet de directives méthodiques pour la planification sur la base de scénarios et un projet de note d'information du Bureau régional sur la Pauvreté et la mauvaise santé ont déjà été élaborés et seront prochainement mis à la disposition des pays.

Maladies non transmissibles

137. Le Dr M. Belhocine, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, a présenté cette partie du Rapport biennal.
138. Il a indiqué que la Division avait été créée en septembre 1998 à la suite d'une réorganisation du Bureau régional et que le rapport fournit une actualisation des résultats de la Division en mettant l'accent sur le programme pour les maladies chroniques.
139. En dépit du budget limité alloué à la Division, plusieurs Etats Membres ont bénéficié d'un appui pour s'attaquer à des problèmes prioritaires qui comprenaient la prévention et la lutte contre l'hypertension, le diabète, certains cancers, la drépanocytose et leurs facteurs de risque, notamment le tabagisme.
140. Il a constaté que l'activité la plus importante menée au cours de la période biennale a été la préparation du document relatif à la stratégie régionale pour les maladies non transmissibles qui tient directement compte de la stratégie mondiale adoptée en mai 2000 par l'Assemblée mondiale de la Santé et qui doit être examinée par la présente session du Comité régional.
141. Il a indiqué que les paragraphes 334 et 335 du rapport contiennent une liste de facteurs favorables et de contraintes qui ont influé sur les activités tant au niveau régional qu'au niveau des pays.
142. Il a fait savoir au Comité régional que, comme demandé dans sa résolution AFR/RC48/R5, un rapport de situation sur la stratégie régionale relative à la santé bucco-dentaire serait présenté au cours de la présente session. Les activités entreprises comprenaient une large diffusion de la stratégie, une réunion consultative sur sa mise en oeuvre et un appui direct à plusieurs pays pour développer davantage et renforcer leur politique en matière de santé bucco-dentaire, conformément aux recommandations de la stratégie.
143. Pour finir, il a rappelé au Comité régional que le thème de la Journée mondiale de la Santé 2001 serait la santé mentale. Pour ce faire, le Directeur régional a déjà demandé la participation active des pays aux préparatifs de cet événement conçu

pour susciter l'attention et assurer une participation active à la mise en oeuvre des programmes de santé mentale en tant que partie intégrante des plans et programmes nationaux de développement sanitaire.

Administration et finances

144. M. B. Chandra, Directeur de l'Administration et des Finances, a présenté cette partie du rapport biennal en décrivant les six unités que comprend la Division (budget et finances; services du personnel; appui aux systèmes de gestion et d'information; publications et documentation, y compris les services de traduction et d'interprétation; fournitures et approvisionnements; services administratifs généraux).
145. Il a indiqué qu'en dépit des immenses défis auxquels elle a été confrontée au cours de la période examinée, la Division de l'Administration et des Finances a continué d'assurer avec succès les services de routine. Les principaux défis ont été le résultat direct de la relocalisation d'urgence du Bureau régional à Harare, qui a nécessité la reconstitution des archives, la formation d'un nouveau personnel et la recherche de solutions aux problèmes humains rencontrés par de nombreux membres du personnel.
146. Dans le domaine du budget et des finances, les principales réalisations ont consisté en une étroite collaboration avec les divisions techniques pour préparer le budget programme pour la période biennale 2000-2001, la prévision d'allocations budgétaires pour la mise en oeuvre des diverses activités planifiées pour 1998-1999, la décentralisation de l'émission des numéros d'imputation budgétaire, désormais confiée aux bureaux de pays et aux divisions techniques du Bureau régional, le suivi continu des taux d'exécution des budgets et l'installation d'un nouveau système administratif et financier.
147. Il a rappelé que les services du personnel ont été réorganisés afin de mieux desservir les unités techniques et les bureaux de pays.
148. Les Services Fournitures et Approvisionnement ainsi que les Services Informatique et Télécommunications ont en outre continué à apporter leur appui aux unités techniques et aux bureaux de pays.

-
149. Il a indiqué que des locaux suffisants ont été mis à la disposition du Bureau à Harare en dépit de la nature provisoire de la situation et que la Division a réalisé trois missions d'évaluation à Brazzaville au cours de la période.
150. Il a conclu en signalant au Comité régional que l'intensification de la formation du personnel administratif dans les bureaux de pays s'est traduite par une amélioration des prestations comme le montrent les observations flatteuses faites par les vérificateurs internes des comptes à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1999.

Situation du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo)

151. Le Dr Libertina Amathila, Présidente de la quarante-neuvième session du Comité régional et Ministre de la Santé et des Services sociaux de Namibie, a présenté le rapport de la mission qu'elle a menée à Brazzaville. La mission comprenait également le Professeur Marina D'Almeida Massougbodji, Ministre de la Santé du Bénin, M. B. Chandra, Directeur de l'Administration et des Finances, Bureau régional, le Dr L. Tapsoba, Représentant de l'OMS en République démocratique du Congo, le Dr L. Sarr, Représentant de l'OMS en République du Congo, M. K. Adikpeto, Administrateur chargé de l'informatique et des télécommunications, et M. I. N'Gaide, fonctionnaire des services administratifs au Bureau régional.

152. Le rapport présenté par le Dr Amathila était rédigé comme suit :

a) Impressions générales

- i) Engagement politique du Gouvernement.
- ii) Importants efforts déployés, allocation de fonds et de ressources pour la réhabilitation du Bureau régional.
- iii) La vie quotidienne semble être normale.

b) Situation du Bureau régional

- i) Les travaux avancent de façon remarquable.
- ii) Villas (46) : environ 90 % des villas sont remises à neuf, mais les villas et leurs alentours ont besoin d'être entretenus.

-
- iii) Appartements (78) : beaucoup de travaux restent à faire.
 - iv) Le Bureau régional - Bâtiment principal :
 - Un certain nombre de bureaux, y compris celui du Directeur régional au 3ème étage, sont achevés ainsi que la bibliothèque et le restaurant. Pour le reste, les rénovations se poursuivent.
 - Equipement : le remplacement des équipements se poursuit bien; cependant, une étroite collaboration entre le Gouvernement, l'OMS et les entreprises s'avère nécessaire pour ce qui concerne les spécifications techniques.
 - "Estate" (Garages, ateliers et magasins) : beaucoup reste à faire, y compris la réfection de la toiture avant le démarrage des pluies, en vue de protéger également le mobilier acquis, etc.
 - La route d'accès : d'énormes travaux de réparation de la route conduisant au Djoué sont nécessaires.

c) *Situation dans le pays*

- i) Aéroport : est fonctionnel et est utilisé par quelques compagnies aériennes.
- ii) Banques : sont ouvertes et sont fonctionnelles.
- iii) Ecoles : nous avons été informés que l'Ecole française rouvrira ses portes en septembre 2000.
- iv) Marchés, boutiques et restaurants : sont ouverts et sont fonctionnels.
- v) Hôtels : trois bons hôtels sont ouverts avec une capacité totale d'environ 200 chambres.

d) *Sécurité*

- i) Selon le Gouvernement, la paix règne sur l'ensemble du pays et la vie semble être normale. Les gens se déplacent librement la nuit dans Brazzaville.
- ii) Au Djoué, il est nécessaire de renforcer la sécurité.

Conclusion

- Le Gouvernement a confiance que tout sera achevé pour décembre 2000 et aimerait voir le retour progressif de l'OMS à Brazzaville.
- Entretemps, nous aimerions en appeler au Gouvernement pour le renforcement de la sécurité au Djoué et pour l'entretien des bâtiments rénovés et des alentours.
- Les parties concernées doivent poursuivre et renforcer leur collaboration pour l'achèvement des travaux à la satisfaction de tous.
- Enfin, toutes les conditions sur le plan légal et de la sécurité doivent être remplies.

Remerciements :

Au Gouvernement (Son Excellence Monsieur le Président de la République, le Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire et son personnel et le peuple congolais) pour l'accueil chaleureux et l'hospitalité et pour avoir facilité notre mission.”

153. Le Représentant du Zimbabwe a remercié l'OMS et plus particulièrement le Directeur régional, de la distinction spéciale reconnaissant le rôle de son Gouvernement, qui a fourni des locaux et installations temporaires au Bureau régional. Il a réitéré l'offre toujours valable de son pays de continuer à abriter le Bureau régional au Zimbabwe aussi longtemps que cela sera nécessaire, tout en étant conscient des efforts consentis par le Gouvernement congolais pour faciliter le retour du Bureau régional à Brazzaville en temps opportun.
154. Le Directeur régional a réitéré la gratitude de l'OMS envers le Gouvernement du Zimbabwe, qui a mis à sa disposition des locaux temporaires et donné refuge au personnel en lui assurant les services nécessaires, facilitant ainsi considérablement l'action de l'OMS dans la Région. La question de l'affectation temporaire du personnel du Bureau régional dans un certain nombre de pays de la Région a dû être examinée et, pour bien des raisons pratiques, il a été décidé de les réaffecter à Harare, là encore grâce aux locaux supplémentaires fournis par le Gouvernement zimbabwéen. Par rapport à la question de la possibilité d'un retour progressif à Brazzaville, comme le Comité régional l'avait envisagé initialement, et étant donné son expérience lorsque le Bureau était réparti dans

plusieurs endroits, le Directeur régional est convaincu que cette solution n'est pas viable. Le mieux serait que tout le personnel retourne ensemble, en une fois, à Brazzaville au moment voulu.

155. L'Honorable Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire du Congo a déclaré être entièrement satisfait du rapport de la mission, dont la teneur était d'une parfaite clarté. Le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour satisfaire aux conditions fixées pour le retour de l'OMS à Brazzaville. La situation retourne à la normale dans bien des domaines, par exemple reprise des vols internationaux, possibilités d'hébergement, réouverture de l'école française, rétablissement des liens de communication internationaux, etc. La paix règne dans le pays et la libre circulation des personnes est assurée.
156. S'agissant de la remise en état du Bureau régional, le calendrier a connu un léger retard à cause de problèmes de transport. Il est encourageant de noter que le Directeur régional s'est engagé à ce que l'OMS ramène de Harare du matériel informatique et du mobilier. Il faut espérer que le Comité régional va maintenant exprimer son point de vue concernant le retour progressif de l'OMS à Brazzaville.
157. En présentant au Comité régional le rapport de la mission menée à Brazzaville par les Ministres de la Santé de la Namibie et du Bénin, le Président a demandé au Comité s'il était disposé à adopter le rapport, y compris l'observation du Directeur régional selon laquelle il serait souhaitable que tout le personnel retourne à Brazzaville à la fois, et non petit à petit, lorsque les circonstances s'y prêteront.
158. Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire de la République du Congo a demandé si le Ministre de la Santé de la Namibie, qui a mené la délégation à Brazzaville, souhaitait ou non déposer un projet de résolution sur cette question. L'Honorable Ministre de la Santé du Mozambique a fait observer qu'étant donné l'importance de la question, le Comité ne devrait pas se précipiter pour prendre une décision avant que tout soit absolument prêt. Il serait bon qu'une autre équipe se rende au Congo avant toute décision du Comité régional.

-
159. Le Conseiller juridique de l'OMS a fourni des informations de base supplémentaires ainsi que des éclaircissements. En 1952, le Conseil exécutif a choisi Brazzaville comme siège du Bureau régional et il en est toujours ainsi à ce jour. Ce sont les événements de 1997 qui ont obligé le Directeur général et le Directeur régional à prendre la décision administrative de déplacer provisoirement le Bureau régional d'abord à Genève, puis à Harare, pour des motifs de sécurité. Dans ce contexte, la question du retour de l'OMS à Brazzaville se présente comme une décision administrative qui doit être prise en tenant compte des installations disponibles et des conditions de sécurité existant localement. Le Comité régional a pris note de cette situation dans sa résolution AFR/RC48/R6 du 2 septembre 1998.
160. D'après les renseignements reçus du service responsable de la sécurité au sein du système onusien, Brazzaville est en Phase III, ce qui sous-entend le déplacement hors de Brazzaville de tous les personnels non indispensables et de toutes les personnes à charge; Pointe Noire est en Phase II, ce qui restreint les déplacements non indispensables de membres du personnel et des personnes à charge; tout le reste du pays est en Phase IV, ce qui signifie que seuls les personnels associés aux opérations d'urgence et d'aide humanitaire peuvent s'y trouver. Le Conseiller juridique a rappelé que le Directeur général et le Directeur régional prendront une décision concernant le retour du Bureau à Brazzaville dès que toutes les conditions auront été réunies pour un tel retour, en tenant compte tout particulièrement de l'effectif relativement élevé du personnel du Bureau régional visé par une telle décision.
161. Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire du Congo a indiqué qu'il était parfaitement au courant de la situation et qu'une décision définitive ne pourrait être prise qu'une fois remplies les conditions fixées dans la résolution en question. L'équipe d'évaluation a clarifié la situation présente et l'on pourrait envisager la possibilité d'adopter une résolution ne serait-ce que pour actualiser la situation.
162. Le Comité régional a adopté le rapport de mission en tenant compte de tous les points soulevés au cours du débat.

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTÉ

163. Le Dr L. Sambo, du Secrétariat, a présenté les documents AFR/RC50/5, AFR/RC50/6 et AFR/RC50/7. Le Comité régional a été invité après examen de ces documents à donner des orientations sur les stratégies proposées pour la mise en oeuvre des diverses résolutions intéressant la Région africaine adoptées par la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-cinquième session du Conseil exécutif, sur les implications pour la Région des ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif (EB 107) et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (WHA54), ainsi que sur les méthodes de travail et la durée de la mondiale Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC50/5)

164. Le document reprenait les résolutions d'intérêt régional adoptées par la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et la cent-cinquième session du Conseil exécutif. Ces résolutions portaient sur les points suivants :
- Stratégie de recherche et mécanismes de coopération
 - Initiative Halte à la Tuberculose
 - Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
 - VIH/SIDA : Faire face à l'épidémie
 - Salubrité des aliments
 - Convention cadre pour la lutte antitabac
 - Lutte contre les maladies non transmissibles.
165. Pour chaque résolution, les paragraphes du dispositif étaient suivis de l'exposé des mesures à prendre ou de l'information sur les mesures déjà prises.

166. Le Comité a été invité à examiner et à commenter les stratégies proposées et à donner des directives pour la mise en oeuvre des résolutions ainsi que des programmes régionaux de l'OMS :

- En ce qui concerne l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, il a été proposé que les critères de sélection des pays soient révisés afin d'inclure davantage de pays.
- Pour ce qui est de la **salubrité** des aliments, il a été proposé d'ajouter un paragraphe sur la gestion et l'élimination des déchets. Le Secrétariat a fait observer que la proposition ne pourrait être prise en considération que dans le cadre de la mise en oeuvre de la résolution adoptée par la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales (document AFR/RC50/6)

167. Le document contient les projets d'ordre du jour provisoire de la cent-septième session du Conseil exécutif qui se tiendra en janvier 2001 et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé prévue pour mai 2001 à Genève ainsi que le projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante et unième session du Conseil régional qui aura lieu en août-septembre 2001.

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

169. Les points ci-après figurent à l'ordre du jour des trois Organes directeurs de l'Organisation mondiale de la Santé :

- Méthode de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé
- Projet de Budget Programme pour la période 2002-2003
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Distinctions.

-
170. Le Secrétariat a attiré l'attention des délégués sur l'Annexe 2 - Projet d'ordre du jour provisoire de la cinquante et unième session du Comité régional - et informé le Comité du fait que le point 7 "Remise du Prix Comlan Quenum" devait être supprimé étant donné que le prix allait être remis à la présente session.
171. Le Comité régional a été invité à noter qu'il y aurait une innovation lors de la cinquante et unième session en 2001 pour tenir compte de la suggestion faite par les Honorables Ministres à la quarante-neuvième session, à savoir donner un cadre où débattre et échanger des expériences sur des thèmes intéressant la Région. Il a donc été décidé de remplacer les discussions techniques par des tables rondes portant sur des thèmes spécifiques.
172. Le Comité a été invité à examiner l'ordre du jour provisoire de sa cinquante et unième session et à décider des questions qui devraient être recommandées à la cent-septième session du Conseil exécutif et à la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

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

(document AFR/RC50/7)

173. Ce document a pour but de faciliter la participation des Etats Membres aux travaux de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux décisions pertinentes du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.
174. On a rappelé aux délégués qu'il était important qu'ils envoient leurs pouvoirs le plus tôt possible au Siège pour être sûrs de prendre part aux comités spéciaux pour lesquels ils auront été proposés.
175. Le Comité régional a pris note de l'information figurant dans les documents qui lui ont été présentés.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

(document AFR/RC50/4)

176. En l'absence du Président du Sous-Comité du Programme, le Vice-Président, le Dr J. Ziasou Amegnigan du Bénin, a présenté le rapport du Sous-Comité.

-
177. Il a rappelé que le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Harare (Zimbabwe) du 24 au 28 juillet 2000, ses 12 membres étaient tous présents. En exécution d'une décision antérieure du Comité régional, des membres du Conseil exécutif de l'OMS des Comores et du Tchad y ont participé. Le Président du Comité consultatif africain pour la Recherche et le Développement sanitaire y assistait également.
178. Le Dr Amegnigan a informé le Comité régional qu'au cours de la réunion, les membres du Sous-Comité du Programme ont décidé que le Président ne ferait qu'un seul exposé en leur nom. Avant de passer à l'examen de chacun des documents de travail, il a tenu à adresser les remerciements du Sous-Comité au Directeur régional et à ses collaborateurs pour la qualité des documents.

**Politique de la santé pour tous au 21ème siècle dans la Région africaine :
Agenda 2020 (document AFR/RC50/8)**

179. Le Dr Amegnigan a précisé que lors de la préparation du document, il a été tenu compte des observations formulées l'année dernière par des membres du Sous-Comité du Programme, ainsi que par le quarante-neuvième Comité régional concernant le besoin de clarté et de concision, et que l'on avait largement consulté les pays, les experts des différentes disciplines, différents secteurs ainsi que les institutions internationales.
180. Il a informé le Comité régional que le Sous-Comité du Programme tenait à souligner l'importance des facteurs suivants pour atteindre les objectifs de l'Agenda 2020 : patriotisme; degré plus élevé de démocratie; bonne gouvernance et plus grande implication de la société civile; réduction de la pauvreté; instauration d'une stabilité politique et économique; véritable indépendance politique et économique nationale; gestion probante de l'environnement; mobilisation adéquate des ressources nationales, bonne affectation et utilisation efficace de celles-ci; et mise en place de systèmes de santé crédibles.
181. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R1.

182. Le Dr Amegnigan a précisé que le budget programme est un instrument privilégié pour faire avancer le processus de changement et de réforme de l'OMS. Tant par son contenu que par son mode de préparation, le Projet de Budget Programme 2002-2003 se démarque nettement des pratiques antérieures.
183. Le budget programme 2002-2003, le premier du Dixième Programme général de Travail, tient compte des principales orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS ainsi que du contexte de croissance nominale zéro.
184. Le Projet de Budget Programme se compose de deux documents : la Première Partie, intitulée " Projet de budget programme pour l'exercice 2002-2003 ", est le budget mondial pour l'ensemble de l'OMS, préparé au Siège à l'aide de contributions fournies par les six Bureaux régionaux. Il sera examiné par le Conseil exécutif en janvier 2001, et vraisemblablement adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2001. Sur la base des critères définis dans le cadre politique, onze priorités ont été déterminées par le Conseil exécutif à sa cent-cinquième session. Le Directeur général a décidé de réaffecter 10 % du budget total pour 2002-2003 pour la mise en oeuvre de ces priorités. Une structure budgétaire qui rend mieux compte de l'activité de l'OMS a été mise en place et trente-cinq (35) domaines d'activité ont été définis pour l'ensemble de l'Organisation, lesquels deviennent les éléments constitutifs communs du projet de budget programme.
185. La Deuxième Partie, intitulée " Orientations générales " guidera l'exécution du budget mondial dans la Région africaine pendant l'exercice 2002-2003. Ce document tient compte des orientations fondamentales de la stratégie institutionnelle de l'OMS, de la situation sanitaire régionale, des défis ainsi que de la nécessité pour l'OMS de répondre aux attentes des pays conformément à son mandat.
186. Les 35 domaines d'activité au niveau du Bureau régional ont été regroupés en fonction de la structure fonctionnelle de celui-ci. Aux niveaux du Siège et des Bureaux régionaux, les plans d'opérations conserveront le degré de souplesse voulu pour répondre efficacement aux choix particuliers faits à l'échelon des pays dans le cadre d'un processus institutionnel.

-
187. Le budget ordinaire fait apparaître une augmentation qui fait suite à la résolution WHA51.31, aux termes de laquelle, à partir de 2000-2001, un maximum de 3% du budget biennal des Régions doit être réaffecté à la Région africaine et à une autre Région. Il a été noté que, pour 2002-2003, le Directeur général a décidé de limiter la réaffectation à 2 %. En outre, conformément à la décision du Directeur général, les priorités mondiales ont bénéficié d'une réaffectation de 10 % provenant d'autres programmes.
 188. Si le Bureau régional devait retourner à Brazzaville, il faudrait une somme de 15 millions \$ US pour les coûts de personnel supplémentaires et les frais de déménagement pour la période biennale complète.
 189. Le Comité régional a demandé des explications en ce qui concerne le déséquilibre entre les crédits extrabudgétaires alloués au Bureau régional/aux programmes interpays et aux pays.
 190. Des délégués se sont inquiétés de l'absence de ligne budgétaire pour la médecine traditionnelle, source de soins très importante en Afrique, dans le budget programme 2002-2003 proposé. Il a été recommandé de créer spécifiquement une ligne budgétaire distincte pour la médecine traditionnelle.
 191. On a noté également l'absence de ligne budgétaire pour la santé bucco-dentaire dans le budget programme 2002-2003 proposé.
 192. Vu le niveau élevé des catastrophes naturelles et de celles dues à l'homme en Afrique, la nécessité d'allouer un budget plus important à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours a été soulignée par les délégués. Une préoccupation similaire a été exprimée en ce qui concerne le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies transmissibles répandues.
 193. Le Dr L. Sambo, Directeur, Gestion des Programmes, a rappelé au Comité régional que le Projet de budget soumis au Comité comprend deux parties. La Partie I est la proposition concernant le Siège et les Bureaux régionaux avec 35 domaines d'activité sélectionnés et leurs affectations de crédit respectives, à soumettre au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé. La Partie II contient les orientations régionales permettant d'élaborer le Budget Programme 2002-2003 ainsi que les chiffres indicatifs pour les pays qui seront détaillés après l'adoption

par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé. Les allocations par programme destinées aux pays seront, par conséquent, définies conformément aux priorités nationales. Il a indiqué que le Secrétariat attendait des suggestions du Comité régional pour enrichir le document. Il a, en outre, expliqué que la médecine traditionnelle et la santé bucco-dentaire ont été prévues au budget, à la rubrique médicaments essentiels et maladies non transmissibles respectivement.

194. A propos du déséquilibre entre les crédits extrabudgétaires alloués au Bureau régional/aux programmes interpays et aux pays, le Directeur de l'Administration et des Finances a expliqué qu'il était trop tôt pour déterminer le montant qui pourrait être alloué directement aux pays. Mais en tout cas, l'essentiel de ces fonds ainsi que des nouveaux fonds que l'Organisation espère mobiliser sera affecté aux activités de pays au cours de la mise en oeuvre.
195. S'agissant des maladies non transmissibles, du VIH/SIDA et du paludisme, le Secrétariat a indiqué que les pays pourraient allouer des fonds à ces programmes ultérieurement. Il a également précisé que les crédits alloués à la lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA, bien qu'insuffisants par rapport aux besoins, enregistrent une augmentation importante en comparaison de la période biennale précédente. Intervenant sur ce point, le Directeur régional a expliqué que le Secrétariat attend des fonds extrabudgétaires substantiels à l'appui de la lutte contre le paludisme.
196. Le Directeur régional a invité les membres africains du Conseil exécutif à être les porte-parole du Comité régional lors des prochaines discussions du Conseil exécutif sur le Budget Programme 2002-2003.
197. Le Directeur de l'Administration et des Finances a expliqué que l'allocation prévue pour la Région au titre du budget ordinaire est de US \$186 millions dont US \$67 millions pour le Bureau régional et les programmes interpays et US \$119 millions pour les pays, montant qui sera détaillé par pays en fonction de leurs priorités.
198. Dans ses commentaires, le Directeur exécutif/GMG au Siège a précisé que les priorités préconisées par les participants étaient tout à fait les mêmes que les priorités mondiales. Elle a appuyé les commentaires du Directeur de la Gestion

des Programmes selon lesquels le processus de budgétisation de l'OMS comprend deux parties, la première phase étant la planification aux niveaux mondial et régional et la seconde, la planification au niveau des pays une fois que le budget a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Elle a également convenu avec le Directeur de l'Administration et des Finances que US \$120 millions devaient être encore programmés et il serait, par conséquent, recommandé au Directeur général d'appuyer les programmes que le Comité régional considère comme prioritaires.

199. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R2.

Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)

200. Le Dr Amegnigan a présenté ce rapport.

201. Il a signalé que le Sous-Comité avait souhaité que l'accent soit mis sur : la création d'institutions de formation pour les tradipraticiens; la promotion de la recherche en médecine traditionnelle et la protection des droits de propriété intellectuelle; la démystification de la médecine traditionnelle auprès du grand public; la nécessité de faire une distinction entre les dispensateurs qualifiés de remèdes traditionnels et les charlatans; la validation de l'efficacité des plantes médicinales par la recherche; la reconnaissance du rôle des accoucheuses traditionnelles; l'établissement d'une documentation sur les meilleures pratiques.

202. Le Sous-Comité a également souligné les points suivants : nécessité d'un accord mutuel sur le concept d'intégration et sur son application; surveillance et élimination des pratiques traditionnelles dangereuses; élaboration de politiques, d'un cadre juridique, d'une réglementation et de structures pour la pratique de la médecine traditionnelle; promotion de la médecine traditionnelle dans différents pays.

203. Le Directeur régional a rappelé aux délégués que ce rapport faisait suite à une recommandation du précédent Comité régional. Il a insisté sur le fait que la médecine traditionnelle appartient à l'Afrique, qu'elle est moins coûteuse et plus accessible. Il a informé le Comité régional que des essais avaient été faits sur le paludisme, le diabète et l'hypertension avec de bons résultats.

-
204. Le Dr Zhang, du Siège (TRM/HQ) a dressé un tableau mondial de la médecine traditionnelle. Elle a fait observer que cette forme de médecine est pratiquée non seulement en Afrique, mais aussi en Asie et dans des pays développés. L'OMS appuie les pays qui mènent des recherches sur la sécurité et l'efficacité des remèdes traditionnels et des recherches cliniques. Les retombées attendues sont la préservation et la culture des plantes médicinales, la production locale de médicaments, l'augmentation du revenu des producteurs locaux et l'accès à la santé pour les communautés locales.
205. Les délégués de vingt-cinq pays ont pris la parole et félicité le Secrétariat pour la qualité du rapport et pour la décision de faire de la médecine traditionnelle un point prioritaire de l'ordre du jour. Ils ont informé le Comité régional des différents niveaux d'organisation des tradipraticiens dans leurs pays. Certains ont de simples groupements ad hoc tandis que d'autres possèdent des associations organisées avec une constitution, un code d'éthique et des normes de pratique. Dans certains pays, les associations de tradipraticiens assurent elles-mêmes la formation et disposent de mécanismes disciplinaires. Pour éviter que la désertification progressive n'entraîne la disparition des plantes médicinales, des jardins protégés ont été créés dans certains pays. Il a été signalé que, dans certains pays, la médecine moderne et la médecine traditionnelle coexistaient dans les établissements de santé.
206. Faute de laboratoires appropriés, des pays ont été forcés d'envoyer des matières premières dans d'autres pays et ont dû ensuite importer les produits finis à des prix exorbitants. Les problèmes liés à l'importation de médicaments traditionnels de pays tiers pour lesquels l'étiquetage et les instructions sont rédigés dans une langue que la population locale ne peut pas comprendre ont également été soulignés. Le Comité régional a demandé la création d'un mécanisme pour encadrer la coopération internationale en matière de médecine traditionnelle. On a souligné la nécessité de protéger les droits de propriété intellectuelle, qui pourraient constituer une incitation pour les tradipraticiens et un moyen de gagner leur confiance.
207. Le Comité régional a demandé des éclaircissements sur le concept d'intégration utilisé dans le document, compte tenu des différentes formes de médecine traditionnelle, de la suspicion réciproque des praticiens de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle, du secret et du mysticisme associés aux

pratiques traditionnelles et de l'absence de distinction entre les véritables tradipraticiens et les charlatans. Des délégués ont demandé des éclaircissements sur la définition de la médecine traditionnelle dans le document.

208. Le Comité régional a estimé que cette stratégie devrait être mise en oeuvre de façon progressive et systématique vu la complexité du sujet.
209. L'OMS a été priée de soutenir la recherche sur l'efficacité, la toxicité et la posologie des remèdes traditionnels, ainsi que sur la culture et la conservation des plantes médicinales. Des délégués ont demandé une aide pour les essais cliniques, les analyses de la situation, le recensement des tradipraticiens, ainsi que pour l'examen de la législation et de la réglementation existantes en vue d'aider les pays à élaborer un cadre législatif et à développer la production locale de médicaments traditionnels. Le Comité régional a demandé que l'OMS organise une réunion interpays pour permettre aux tradipraticiens d'échanger idées et connaissances.
210. Etant donné l'importance que la Région attache à la médecine traditionnelle, le Comité régional a souligné la nécessité d'allouer davantage de ressources dans ce secteur.
211. Dans sa réponse, le Secrétariat a remercié les délégués pour la qualité des débats et pour leurs orientations et les a assurés que leurs observations seraient incorporées dans le document révisé.
212. Répondant à la question relative à la définition de la médecine traditionnelle, le Directeur régional a informé les délégués qu'il s'agissait d'une question d'évolution et de contexte. Il a promis qu'une réunion consultative serait organisée pour les 46 pays et que des ressources financières et du personnel supplémentaire seraient accordés pour appuyer l'unité. Les pays ayant une plus grande expérience de la médecine traditionnelle mettront à la disposition des consultants pour les pays moins avancés en la matière. Il a promis au Comité qu'il serait informé sur l'évolution de la question à l'occasion de la cinquante et unième session du Comité.
213. Le Directeur de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé a remercié les délégués de l'intérêt qu'ils manifestent pour la médecine traditionnelle.

-
214. Le Secrétariat a informé le Comité régional que, lorsque la stratégie serait adoptée, un cadre serait élaboré pour aider les pays à la mettre en oeuvre. En ce qui concerne le mot intégration, il a été signalé qu'on avait commencé à l'employer à la quarante-neuvième réunion du Comité régional lors du débat sur les médicaments essentiels. La question du charlatanisme pourrait être traitée par l'élaboration d'un cadre juridique et la constitution d'associations de tradipraticiens..
215. Le Dr Zhang, du Siège (TRM/HQ), a informé le Comité régional que le Siège de l'OMS et le Bureau régional continueraient à collaborer pour apporter leur aide aux pays.
216. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R3.

Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine
(document AFR/RC50/10)

217. Le Dr Amegnigan a précisé que le Sous-Comité avait trouvé pertinente la stratégie relative aux maladies non transmissibles (MNT), qui avait été préparée à point nommé. En effet, les maladies non transmissibles les plus importantes - diabète et hypertension, ainsi que les facteurs de risque qui leur sont associés (la consommation du tabac, alcoolisme, obésité, modes de vie sédentaires et augmentation de la pollution de l'environnement) - prennent des proportions épidémiques dans la Région.
218. Le Sous-Comité a proposé que des interventions rentables à base communautaire soient l'élément déterminant du succès de la stratégie et que leur mise en oeuvre soit précédée par la création ou le renforcement des départements des maladies non transmissibles au sein des Ministères de la Santé et par l'établissement de la carte des MNT qui constituent une menace pour la santé publique.
219. Il a indiqué que le Sous-Comité a encouragé les Etats Membres à signer la convention-cadre pour la lutte antitabac.
220. Le Président a ensuite demandé au Dr A. Alwan, Directeur du Département de la prise en charge des maladies non transmissibles au Siège de l'OMS, de donner un aperçu de la stratégie mondiale de lutte contre les MNT adoptée par

l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2000. Pour le Dr Alwan, il était réconfortant de constater que le Bureau régional accordait tant d'intérêt aux maladies non transmissibles, dont l'impact est plus ressenti par les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Il a mentionné les principales MNT et leurs facteurs de risque dont il était question dans le document sur la stratégie mondiale et a fait remarquer que le tabagisme était le plus important d'entre eux.

221. Les délégués ont souligné le conflit d'intérêt qui pourrait survenir entre les Etats Membres de l'OMS et la population d'un côté, et certains partenaires du développement de l'autre en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool en tant que facteurs de risques. Dans ce contexte, le Comité régional a instamment prié l'OMS de poursuivre ses efforts pour instaurer les conditions favorables à l'élaboration de programmes complets de promotion de la santé.
222. Des délégués ont également souligné qu'il était important d'intégrer les MNT dans les programmes de soins de santé primaires existants et ils ont posé des questions concernant les programmes relatifs à la drépanocytose et l'amygdalite bactérienne/rhumatisme articulaire aigu.
223. Le Directeur régional a souligné l'importance croissante des MNT dans la Région et le rôle de la stratégie régionale sur le continent.
224. Le Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles a attiré l'attention des délégués sur l'existence d'un plan de l'OMS de la lutte contre le rhumatisme articulaire aigu/cardiovascularisation rhumatismale. Il a indiqué qu'un rapport mondial de l'OMS sur les interventions à assise communautaire pour la lutte contre les troubles génétiques, en particulier la drépanocytose, serait bientôt publié. La stratégie mondiale de l'OMS pour la surveillance et l'endiguement des maladies non transmissibles n'était pas mentionnée dans la stratégie régionale, parce qu'elle avait été adoptée après l'élaboration du document de stratégie.
225. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R4.

Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)

226. Le Dr Amegnigan a indiqué que le rapport appelait l'attention sur la résolution AFR/RC46/R5 (Stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA) qui réaffirme le rôle majeur du secteur de la santé dans toute réponse nationale multisectorielle à l'épidémie de VIH/SIDA.
227. Il a rappelé que les principales idées directrices de la stratégie régionale étaient les suivantes : plaidoyer, surveillance épidémiologique, services de soins et de soutien psychologique, sécurité transfusionnelle, prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles et promotion de la santé des jeunes, des femmes et d'autres groupes vulnérables.
228. Il a ajouté que le cadre de mise en oeuvre proposait d'inclure dans la stratégie régionale les interventions supplémentaires suivantes : amélioration de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA et les infections opportunistes, prévention de la transmission mère-enfant, amélioration de l'accès aux tests de dépistage volontaires assortis de conseil et renforcement des systèmes de santé.
229. Le cadre de mise en oeuvre a insisté sur le rôle directeur des pays qui ont été instamment invités à traduire la volonté politique en mesures concrètes, et cela en majorant les budgets nationaux et en menant une action diversifiée sur le terrain. L'OMS fournira un soutien technique et aidera à mobiliser des ressources dans le cadre d'une action à l'échelle du système des Nations Unies et du Partenariat international contre le SIDA en Afrique.
230. Le Sous-Comité, tout en soulignant la gravité de la situation du VIH/SIDA dans la Région, a appelé les pays à faire en sorte que le désespoir et l'apathie se muent en une volonté d'agir qui soit à la mesure de la gravité du problème.
231. Le Sous-Comité a recommandé au Comité régional d'ajouter au document : la production de médicaments essentiels moins coûteux pour le VIH/SIDA et les IST; la conduite de travaux de recherche biomédicale fondamentale effectués par des chercheurs africains et portant principalement sur la mise au point et l'essai de vaccins et de médicaments; la prestation de services pour la création de

réseaux de groupes et le soutien psychosocial; un soutien aux femmes, aux agents de santé, aux conseillers et aux dispensateurs de soins à domicile qui subissent de plein fouet le fardeau physique et émotionnel de l'épidémie.

232. Le Sous-Comité du Programme a terminé l'examen de ce point en recommandant d'articuler le rôle de l'OMS sur une nouvelle vision qui mette l'accent sur le leadership, l'accès aux ressources dans le cadre de l'ONUSIDA et l'efficacité de l'appui aux pays.
233. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la qualité du document.
234. Des délégués ont cependant noté que le document n'abordait pas le lien existant entre la pauvreté et le SIDA, ni les aspects socio-économiques du problème. On a fait valoir que, si les pays n'adoptaient pas des stratégies efficaces pour réduire la pauvreté, il serait impossible de s'attaquer efficacement à la crise du VIH/SIDA.
235. On a fait observer que le document semblait s'adresser uniquement aux pays dotés d'un gouvernement central et d'administrations locales fonctionnels, ce qui excluait de nombreux pays de la Région où il existe diverses formes de conflits.
236. Le Comité régional a émis l'opinion que les pays devraient remplacer l'approche fragmentaire actuelle de la pandémie de VIH/SIDA par un cadre global assurant un accès universel à des interventions efficaces pour arrêter la propagation du VIH et atténuer les effets du SIDA.
237. Vu la nature multidimensionnelle du VIH/SIDA, et de la nécessité qui en découle d'une approche multisectorielle, des délégués se sont déclarés préoccupés par le fait que le document ne traitait pas suffisamment du rôle des autres secteurs et que beaucoup de ces secteurs ne comprenaient pas ou mesuraient peu l'ampleur de l'épidémie de SIDA et l'étendue de ses conséquences.
238. Des délégués ont considéré que, parmi les conditions préalables à la réussite de la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA figuraient : l'amélioration de la synergie au niveau opérationnel; une coordination étroite de l'action multisectorielle aux niveaux national et local et le renforcement des partenariats, notamment avec le secteur privé.

-
239. Le Comité régional a débattu divers mécanismes de coordination de la riposte nationale à la pandémie. On pourrait par exemple créer une agence nationale de coordination relevant du Ministère de la Santé ou bien confier la responsabilité de la coordination au Cabinet du Président ou du Premier Ministre. Il a été suggéré que le niveau de coordination sectorielle soit laissé à l'initiative des pays, selon les circonstances. Toutefois, des doutes ont été exprimées sur la capacité du Ministère de la Santé à coordonner et à superviser les autres secteurs.
240. On a constaté que le rapport était plutôt muet sur la disponibilité et l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention. On a reconnu que les autorités religieuses favorisaient surtout l'abstinence et/ou la fidélité dans le cadre d'une union stable et beaucoup de délégués ont signalé une opposition religieuse à l'utilisation des préservatifs dans leur pays. Des délégués ont souligné la nécessité de créer dans la Région des services appropriés pour le contrôle de la qualité des préservatifs.
241. Des délégués ont proposé que le document soit plus explicite sur la façon dont les pays pourraient développer les centres de dépistage volontaire et de conseil et que l'OMS élabore d'urgence des protocoles de traitements standardisés pour la prise en charge des infections opportunistes liées au SIDA.
242. Le Comité régional a constaté en outre que le document ne donnait aucune indication aux pays sur l'allaitement maternel, alors que cette pratique est très répandue dans la Région et qu'elle fait actuellement l'objet d'informations et de conseils contradictoires. Le document devrait mentionner aussi la nécessité urgente d'information et de directives sur le coût des autres méthodes d'alimentation des nourrissons de mères séropositives.
243. L'accent a été mis sur un plaidoyer en faveur de médicaments antirétroviraux d'un coût abordable, notamment pour les groupes vulnérables (jeunes, prostituées, routiers, prisonniers, réfugiés, etc.), de même que sur la nécessité d'axer les interventions contre le VIH/SIDA (y compris les soins à domicile) sur les membres de la société qui en ont le plus besoin.
244. Les délégués se sont également déclarés préoccupés par la qualité et la sécurité du sang utilisé pour les transfusions ainsi que par l'exposition généralement évitable des agents de santé au VIH/SIDA.

-
245. Le Comité régional a voulu savoir si les activités de lutte contre le VIH/SIDA menées pas les autres secteurs avaient fait l'objet d'une évaluation et comment les systèmes de santé prenaient en charge les cas de VIH/SIDA.
 246. Il a été souligné la nécessité de coordonner et d'harmoniser les réunions concernant le VIH/SIDA tenues par diverses organisations et d'assurer le suivi de la mise en oeuvre des recommandations et des résolutions.
 247. Les délégués ont mentionné la nécessité de recueillir systématiquement les données de la surveillance épidémiologique sur le terrain pour orienter l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies de prévention et de lutte. On a noté que la surveillance ne devrait pas porter seulement sur le suivi de la situation du VIH/SIDA, mais aussi sur la qualité et le caractère novateurs et appropriés des messages afin que ceux-ci retiennent l'attention du public visé.
 248. La façon dont certaines agences et les ONG interviennent dans les pays pour élaborer et mettre en oeuvre des projets de lutte contre le VIH/SIDA sans la participation des autorités nationales a été jugée préoccupante. Le Comité régional a estimé que l'OMS était la mieux placée pour identifier les meilleures pratiques et aider les pays à développer ou à adapter des interventions appropriées pour arrêter la propagation du VIH/SIDA.
 249. En ce qui concerne la mobilisation de ressources, la nécessité d'explorer la combinaison secteur public/secteur privé afin d'élargir la base de ressources pour les interventions de lutte contre le VIH/SIDA a été soulignée. En outre, les délégués ont fait part de la nécessité de conseiller les pays quant aux modalités d'accès aux fonds promis par divers partenaires à l'occasion de différentes réunions internationales. De plus, on a eu le sentiment que l'OMS et les Groupes thématiques de pays de l'ONUSIDA devraient jouer un rôle plus dynamique en matière de plaidoyer et de conseils.
 250. Les délégués se sont félicités de la mesure prise par le Zimbabwe pour instaurer une taxe pour la lutte contre la pandémie de VIH/SIDA, ce qui était une preuve de l'engagement du gouvernement.

-
251. Les délégués ont indiqué que la meilleure façon de réaliser des progrès dans la mise en oeuvre des interventions de lutte contre le VIH/SIDA passerait par : la recherche articulée sur l'identification des lacunes dans les connaissances, l'amélioration de l'infrastructure des soins de santé primaires, les initiatives sur le plan de la lutte contre la pauvreté, la mobilisation communautaire et des mécanismes pour l'éducation des jeunes (aussi bien à l'école qu'à l'extérieur de celle-ci).
 252. La nécessité d'un Sommet sur le VIH/SIDA auquel tous les Chefs d'Etat et autres dignitaires participeraient a été soulignée.
 253. En réponse, le Directeur régional a appuyé l'idée de tenir un Sommet sur le VIH/SIDA et a également adhéré à la proposition selon laquelle la situation du Comité de coordination national de la lutte contre le VIH/SIDA devrait être décidée au niveau des pays.
 254. Le Directeur régional a également fait les observations suivantes : l'assurance de la qualité des préservatifs est une question importante dans le cadre des activités de prévention du VIH/SIDA; "l'épidémie" de réunions et de conférences devrait être réduite; il y avait manifestement lieu de coordonner l'appui relatif au VIH/SIDA accordé aux pays; les ressources disponibles dans la Région pour les interventions de lutte contre le SIDA étaient très limitées et les efforts déployés pour collecter des fonds continueront; l'OMS fera de son mieux pour que les fonds promis lors de réunions internationales et destinés à des pays parviennent effectivement à ces pays; l'OMS continuera de faire campagne pour l'annulation complète de la dette.
 255. Le Directeur, Division de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies transmissibles, a indiqué que le Secrétariat avait pris bonne note des suggestions faites par les délégués et qu'elles seraient intégrées dans le rapport final. Il a mentionné que la participation d'autres secteurs à la lutte contre le VIH/SIDA n'avait pas été évaluée, mais que cela serait entrepris à l'avenir. Pour ce qui est de la relation entre le plan de lutte contre le VIH/SIDA de l'OUA et la stratégie proposée, il a expliqué que cette dernière était un cadre pour accélérer la mise en oeuvre de la Stratégie régionale sur le VIH/SIDA. Cependant, étant donné

que l'OMS a contribué à l'élaboration du plan de l'OUA, on prévoyait qu'il n'y aurait pas d'activités faisant double emploi. Pour finir, il a constaté que les pays en situation de conflit ont été pris en considération dans la résolution proposée.

256. Le Secrétariat a précisé que l'OMS était en faveur de l'allaitement maternel chez les femmes dont l'état sérologique vis-à-vis du VIH n'est pas connu ainsi que chez celles dont le test de dépistage a montré qu'elles étaient séronégatives. Des lignes directrices et des instruments appropriés pour l'allaitement maternel et les solutions de remplacement en matière d'alimentation du nourrisson sont en cours d'établissement, en collaboration avec l'UNICEF. De plus, le conseil et le dépistage volontaires du VIH/SIDA sont fortement encouragés.
257. Répondant aux questions soulevées par les délégués, le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a indiqué que des progrès avaient été enregistrés dans la mobilisation de la société civile et que l'ampleur de la maladie marquait un recul dans certains pays. La couverture des activités de prévention reste insuffisante, d'où la difficulté à évaluer l'impact de ces efforts.
258. Le Dr Piot a dit estimer lui aussi qu'il fallait harmoniser les Sommets et il a annoncé qu'une session spéciale sur le SIDA serait organisée prochainement dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations Unies.
259. S'agissant de la mise en oeuvre et de la coordination de l'approche multisectorielle, il a souligné que la coordination ne devait pas être considérée comme un luxe. Même si le secteur de la santé continue à jouer un rôle essentiel, la distinction doit encore être faite entre coordination et mise en oeuvre.
260. Au sujet de la participation du système des Nations Unies, le Dr Piot a fait observer que celui-ci aidait les pays en fonction de leurs priorités et qu'il ne faisait qu'ajouter la perspective conférée par l'expérience d'autres pays. Il a reconnu que l'action des Groupes thématiques des Nations Unies pourrait être améliorée et a indiqué que les principaux partenaires étaient désignés au sein de ces groupes par co-optation.
261. Il a reconnu qu'au cours des six à douze derniers mois, beaucoup d'annonces avaient été faites à propos des promesses de financement. Il a mentionné qu'il devrait y avoir un changement de comportement institutionnel pour que

les ressources parviennent plus rapidement et plus efficacement aux bénéficiaires. Il a noté que certains des fonds provenaient maintenant de fondations privées, des gouvernements eux-mêmes grâce à des taxes pour le SIDA ou institutions bilatérales dans le cadre de l'éradication de la pauvreté et institutions multilatérales telles que le Fonds fiduciaire de la Banque mondiale. Les pays devront s'assurer que le VIH/SIDA figure en bonne place dans leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

262. En ce qui concerne le renforcement des capacités, le Dr Piot a souligné que le développement des ressources humaines était capital pour l'amélioration de la performance des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, dont la dotation en personnel est généralement insuffisante.
263. Pour lui, les défis à relever consistent à mener à l'échelle voulue les activités de conseil et de dépistage volontaires, le rôle des hommes, la transmission mère-enfant et le renforcement des capacités. Le passage des projets aux programmes est un dilemme.
264. Il conclut en invitant instamment les pays à garder l'espoir en faisant largement connaître les succès engrangés.
265. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R5.

Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)

266. Le Dr Amegnigan a signalé que Faire reculer le paludisme (RBM) était un projet lancé par le Directeur général en juillet 1998 et que son objectif était d'accélérer la lutte contre le paludisme dans la Région africaine et de contribuer à améliorer le développement sanitaire et socio-économique de la Région.
267. Le Sous-Comité du Programme a souligné la nécessité de traiter les aspects suivants : l'approche multisectorielle; la nécessité de mettre l'accent sur des mesures préventives y compris la maîtrise de l'environnement en particulier dans les villes; la recherche d'interventions de rechange, efficaces et abordables pour la lutte contre le paludisme telles que les matériels imprégnés d'insecticide et les médicaments.

-
268. Le Sous-Comité a également souligné la nécessité d'un appui pour le plaidoyer visant à faire lever l'interdiction de l'utilisation du DDT dans la Région, la nécessité d'accorder davantage d'attention aux groupes marginalisés et vulnérables et l'importance de la collaboration entre pays voisins, dans la lutte contre le paludisme.
 269. Le Sous-Comité a également souligné la nécessité de définir le concept de Faire reculer le paludisme (RBM) et de le rendre clair aux niveaux opérationnels afin de faciliter son intégration dans l'ensemble du système de santé. On a fait remarquer que RBM devrait être perçu comme un programme de gestion accélérée de la lutte contre le paludisme et non pas comme un programme différent ou un programme vertical. Il a été convenu que les pays devraient s'approprier RBM.
 270. Le Comité régional a exprimé sa préoccupation devant le fait que les résultats, les conclusions et la Déclaration du Sommet d'Abuja n'ont pas été inclus dans le document. La déclaration est un document très important, car il représente l'engagement de tous les Chefs d'Etat de l'Afrique.
 271. Des délégués ont indiqué que le document n'a ni souligné le recours à des pulvérisations d'insecticides à effet rémanent dans les maisons, en tant que mesure de lutte d'un bon rapport coût-efficacité, ni mentionné le problème de la résistance du vecteur aux insecticides. Il a été recommandé que l'utilisation du DDT pour des pulvérisations d'insecticides à effet rémanent dans les maisons soit poursuivie et que la recherche pour trouver des alternatives acceptables soit entreprise.
 272. Compte tenu du fait que l'utilisation de matériels imprégnés d'insecticide (MII) s'est révélée être une mesure de prévention du paludisme d'un bon rapport coût-efficacité, le Comité a recommandé la promotion de l'utilisation des MII dans la Région.
 273. Des délégués ont recommandé que la gestion de l'environnement soit incluse dans les mesures préventives (c'est-à-dire l'hygiène et l'assainissement) comme stratégie à long terme pour lutter contre le paludisme, tout comme l'était l'intégration de la lutte contre le paludisme dans les programmes de développement (par exemple l'agriculture, le développement rural, etc.).

-
274. La nécessité de normaliser les pratiques de prise en charge des cas dans la Région afin d'obtenir de meilleurs résultats et d'assurer une lutte efficace contre la résistance aux médicaments antipaludiques ainsi que l'inclusion de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes ont été soulignées.
275. On a estimé que les cibles fixées au paragraphe 11 du document devraient être basées sur l'analyse la plus récente de la situation et que ces cibles devaient être réalistes et réalisables, en tenant compte de la disponibilité des ressources dans les pays. Il a également été recommandé que les indicateurs énumérés au paragraphe 34 soient révisés pour tenir compte de la variation des taux de transmission dans différents pays de la Région.
276. Les délégués ont réitéré la nécessité pour la communauté internationale de fournir les ressources nécessaires pour la recherche et le développement d'un vaccin antipaludique efficace.
277. Dans sa réponse, le Directeur régional a présenté des excuses pour l'omission du Sommet d'Abuja dans le cadre. Il a informé le Comité régional que la version révisée du document tiendrait compte de cette préoccupation.
278. En ce qui concerne l'utilisation du DDT, le Dr Samba a rappelé au Comité que ce problème avait été discuté à la quarante-neuvième session du Comité régional et que la décision avait été prise de continuer à l'utiliser jusqu'au moment où une alternative d'un bon rapport coût/efficacité serait disponible. Il a en outre expliqué que depuis la quarante-neuvième session du Comité régional, une réunion technique avait été organisée à Harare en février 2000, et que les participants à cette réunion avaient soutenu la décision du Comité.
279. Le Secrétariat a expliqué que le cadre proposé au Comité régional avait été élaboré bien avant le Sommet d'Abuja. Cependant, il a assuré le Comité régional qu'il serait tenu compte de leur préoccupation dans la version révisée du document.
280. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R6.

**AMELIORER L'ACCES AUX MEDICAMENTS CONTRE LE VIH/SIDA
DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC50/20)**

281. Le Dr Kaboré, Directeur du Programme de Lutte contre les Maladies transmissibles, a présenté le document, précisant que celui-ci a été préparé à la demande expresse des Etats Membres.
282. Il a informé le Comité que les Ministres de la Santé de l'Afrique du Sud, de l'Ouganda, du Mali et du Congo avaient été désignés pour constituer le groupe de contact chargé de représenter les pays de la Région dans la suite des discussions.
283. Il a signalé quelques corrections qui ont été apportées au document, particulièrement à la 4ème ligne du paragraphe 5 où " dialogue " a remplacé " négociations ", et au quatrième alinéa du paragraphe 10 où le membre de phrase " La Banque d'Import/Export " a été supprimé.
284. Les délégués ont félicité le Secrétariat d'avoir répondu à la demande des Ministres. Toutefois, le Comité a souhaité savoir s'il existait un cadre bien établi pour négocier avec les laboratoires pharmaceutiques. Il a également semblé que certains laboratoires (dont quelques-uns ne font même pas partie du groupe de ceux dont il est question dans le document) approchent les pays individuellement, sans passer par le groupe de contact.
285. Les délégués ont également sollicité des éclaircissements au sujet de la déclaration du Directeur général, le Dr Brundtland, selon laquelle l'OMS négociait avec des laboratoires pharmaceutiques au nom des pays.
286. Ils ont fait observer que les conséquences pratiques de l'emploi de la Névirapine pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'étaient pas clairement mentionnées dans le document. Il a été suggéré que la question soit examinée lors de la réunion du groupe de contact, en septembre 2000.
287. Il a été instamment demandé à l'OMS et à l'ONUSIDA d'aider les pays à se faire mutuellement part de leurs expériences en ce qui concerne l'intégration de l'allègement ou de l'annulation de la dette à leurs plans de développement

nationaux. Une aide a également été sollicitée de l'OMS lorsqu'il s'agit d'intercéder auprès de Chefs d'Etat pour qu'ils incluent le VIH/SIDA dans leurs plans nationaux de réduction de la pauvreté.

288. Le Comité a également souhaité savoir comment les pays ont été sélectionnés pour la mise en oeuvre de différentes interventions, soulignant au passage le besoin de transparence à l'occasion de tels processus.
289. On a signalé que les stratégies bien élaborées de conseil et de dépistage volontaires s'étaient révélées déterminantes dans des interventions de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et que certains médicaments antirétroviraux avaient fait la preuve de leurs effets positifs. Le Comité a demandé qu'en collaboration avec les pays, le Bureau régional élabore des lignes directrices régionales applicables à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
290. On a noté que certains pays en développement comme le Brésil possèdent la technologie nécessaire pour produire des médicaments antirétroviraux à bien moindre coût. Pourtant, la réglementation du commerce international fait que certains des pays qui en ont le plus besoin se trouvent empêchés de les importer.
291. Des délégués ont demandé des éclaircissements au sujet de l'inscription de la Névirapine sur la liste-type OMS des médicaments essentiels, étant donné que les premières données disponibles semblent indiquer une résistance à ce produit. Le Secrétariat a informé le Comité qu'une consultation technique sera organisée à Genève en octobre 2000 pour examiner les dernières données disponibles sur tous les aspects de la transmission mère-enfant ainsi que sur l'efficacité et la sécurité des médicaments. Cette consultation formulera de nouvelles recommandations sur la transmission mère-enfant.
292. Des délégués ont fait observer que le document aurait dû se pencher plus sur la question de la promotion de la recherche locale et de la fabrication de médicaments dans la Région africaine.
293. Des délégués ont fait valoir que les soins assurés aux malades atteints par le VIH/SIDA devaient être plus intégrés et s'étendre au traitement des infections opportunistes, à la garantie d'une sécurité alimentaire ainsi qu'aux questions de

pauvreté, d'information et de soutien psychosocial, en tenant compte des réalités nationales, des sujétions liées aux politiques suivies et des dimensions socioculturelles.

294. Il a été suggéré d'inclure la prise en charge du VIH/SIDA dans les soins de santé primaires, comme on l'a fait dans le cas d'autres épidémies.
295. Dans sa réponse, le Secrétariat a remercié le Comité des observations qu'il a formulées. L'OMS, sous l'égide du groupe de contact, continuera à faciliter le dialogue entre les pays et les laboratoires pharmaceutiques.
296. Le Secrétariat a informé le Comité qu'un cadre mondial pour l'action de l'OMS dans le domaine du SIDA existe et qu'il définit des responsabilités mondiales et nationales. L'examen de ce document se poursuivra lors de la réunion du groupe de contact qui se tiendra à Genève en septembre 2000 et où l'Afrique sera fortement représentée.
297. Il a encore été précisé que le cadre prévoyait effectivement des négociations individuelles. On a souligné que l'OMS et l'ONUSIDA ont pour mission de faciliter le dialogue, comme le Directeur général l'a dit dans son discours.
298. Répondant à la question portant sur le choix des pays où se dérouleront différentes interventions, on a fait observer que la plupart des pays avaient été retenus, suite à leur demande d'une aide spécifique par l'intermédiaire de groupes thématiques de l'ONU, de l'OMS ou du Secrétariat d'ONUSIDA.
299. Le Secrétariat a précisé que la Névirapine et la Zidovudine ont été inscrites sur la liste OMS des médicaments essentiels depuis 1999, c'est-à-dire antérieurement au présent débat. En ce qui concerne la résistance à la Névirapine, le Secrétariat a fait remarquer que les informations commencent seulement à émerger, comme cela a toujours été le cas avec d'autres médicaments.
300. S'agissant de la certification des fabricants, le Secrétariat a précisé que l'OMS ne publiait de lignes directrices qu'en ce qui concerne les bonnes pratiques de fabrication. C'est aux pays qu'il appartient, sur la base de ces lignes directrices, de certifier les produits et les entreprises qui les fabriquent.

-
301. Quant à la différence entre dialogue et négociations, au paragraphe 5, le Secrétariat a souligné que l'OMS ne saurait être impliquée que dans le dialogue pour faciliter les interactions parce qu'elle n'est pas associée aux achats groupés de médicaments antirétroviraux au nom des pays.
 302. En guise de réponse sur la recherche sur la médecine traditionnelle en matière de VIH/SIDA, le Secrétariat a attiré l'attention du Comité sur une présentation de la question qui sera faite ultérieurement. L'OMS favorise et soutient des recherches locales sur toutes sortes d'autres sujets.

DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC50/TD/1)

303. Les Discussions techniques sur le thème "Réduire la mortalité maternelle : un défi pour le 21ème siècle" se sont déroulées parallèlement aux travaux du Comité régional.
304. Le rapport des Discussions techniques a été présenté par le Professeur Kelsey Atangamuerimo Harrison, Président des Discussions techniques, qui a remercié le Directeur régional, au nom de toutes les femmes de la Région africaine, d'avoir inscrit ce thème à l'ordre du jour de la cinquantième session du Comité régional.
305. Le Comité s'est félicité de l'excellente qualité du rapport et de l'enthousiasme avec lequel les délégués ont participé aux discussions. Le problème des soins maternels dans les camps de réfugiés et dans les situations de conflit a été mis en avant.
306. Des délégués ont demandé à l'OMS de fournir un appui pour la formation et le recyclage des agents de santé dans le domaine des urgences obstétricales et pour la collecte de données sur les décès maternels grâce à la méthode de l'autopsie verbale.
307. Le Comité régional a pris note du rapport des Discussions techniques, qui serait annexé à son propre rapport.

Choix des sujets des Tables rondes de la cinquante et unième session du Comité régional en 2001 (document AFR/RC50/14)

308. Mme E. Anikpo, du Secrétariat, a présenté le document et précisé les raisons pour lesquelles le Comité régional organiserait des Tables rondes parallèlement à ses sessions à la place des Discussions techniques. Les sujets ci-après ont donc été proposés pour les Tables rondes de 2001.

- i) Pour un système de santé plus performant
- ii) Lutte contre la maladie : le rôle de la mobilisation sociale
- iii) Réduction de la pauvreté : le rôle du secteur de la santé.

309. Après quelques précisions du Secrétariat sur la portée de chaque sujet et sa pertinence à l'égard de la situation sanitaire dans la Région et dans le monde, le Comité a approuvé les trois sujets proposés pour les Tables rondes en 2001.

Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables Rondes de 2001 (document AFR/RC50/15)

310. Mme E. Anikpo, du Secrétariat, a présenté la liste des Etats Membres proposés comme Présidents et Présidents suppléants des Tables rondes de 2001, pour examen et approbation par le Comité régional.

311. Le Comité a approuvé la désignation du Malawi et du Mali comme Président et Vice-Président, respectivement, pour le sujet N° 1 (Pour un système de santé plus performant), de la Mauritanie et de l'Ile Maurice comme Président et Vice-Président, respectivement, pour le sujet N° 2 (Lutte contre la maladie : le rôle de la mobilisation sociale) ainsi que du Mozambique et de la Namibie comme Président et Vice-Président, respectivement, pour le sujet N° 3 (Réduction de la pauvreté : le rôle du secteur de la santé).

DATES ET LIEUX DES CINQUANTE ET UNIEME ET CINQUANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL

(document AFR/RC50/16)

312. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a présenté le document. Il a rappelé au Comité régional qu'à la précédente session, le Gouvernement du Congo avait invité le Comité régional à tenir sa cinquante et unième session à Brazzaville. Toutefois, d'après le rapport de la récente mission d'évaluation qui s'est rendue à Brazzaville, il semble que deux conditions essentielles doivent être réunies : la ville devrait être, selon le classement des Nations Unies, dans une phase de sécurité nettement inférieure à la phase 3 actuelle, et il lui faudrait disposer d'une capacité d'hébergement suffisante.
313. Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire du Congo a renouvelé l'offre de Son Excellence le Président du Congo d'accueillir la cinquante et unième session à Brazzaville et il a assuré le Comité régional que toutes les conditions seraient réunies.
314. Le Comité régional est convenu que la cinquante et unième session se tiendrait à Brazzaville, sauf recommandation contraire d'une équipe d'évaluation ministérielle, ayant la même expertise que la précédente mission, qui se rendra à Brazzaville en janvier 2001. La session se tiendrait du 27 août au 1er septembre 2001.
315. Le Comité régional est convenu en outre que sa cinquante-deuxième session se tiendrait au Bureau régional.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL

(document AFR/RC50/17)

316. Le rapport de la cinquantième session du Comité régional a été adopté avec des amendements mineurs.

CLOTURE DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

Remarques de clôture du Directeur régional

317. Dans ses remarques de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, a dit qu'il était fier du choix porté sur Ouagadougou pour abriter la cinquantième session du Comité régional et a remercié le Gouvernement et le peuple du Burkina Faso d'avoir tout mis en oeuvre pour assurer le confort de tous les délégués. Il a également remercié le Président de la cinquantième session du Comité régional pour la compétence avec laquelle il avait conduit les travaux.
318. Le Dr Samba a exalté les grandes qualités du personnel du Bureau régional, telles qu'elles se sont manifestées en partie par la qualité des documents présentés à la réunion et l'achèvement à temps des rapports journaliers.
319. Il a également informé les participants qu'il avait visité l'hôpital de la Mission St Kami de Ouagadougou où des tradipraticiens collaborent avec des spécialistes de la médecine classique pour traiter des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il a déclaré que les résultats étaient très encourageants et que le Bureau régional allait soutenir cette initiative.

Motion de remerciements

320. La motion de remerciements au Gouvernement et au peuple du Burkina Faso avait été présentée auparavant, au nom des délégués, par le Dr P. Byaruhanga, Ministre de la Santé de l'Ouganda, et adoptée par le Comité régional.

Allocution du Président et clôture de la réunion

321. Le Président, le Dr A. Ludovic Tou, a prié les délégués de se joindre à lui pour féliciter le Directeur régional de son excellente gestion du Bureau régional. Il a également exprimé sa gratitude au personnel du Bureau régional ainsi qu'au Comité national d'organisation et aux sociétés privées de Ouagadougou pour leur précieuse contribution au succès de la réunion.

-
322. Il a félicité les délégués pour leur participation active et leur objectivité au cours des travaux et a exprimé l'espoir que les pays formuleraient des plans d'action pour accélérer la mise en oeuvre des résolutions adoptées par le Comité régional.
 323. Il a terminé en souhaitant aux délégués un bon voyage retour dans leurs pays et les a invités à participer à la prochaine conférence internationale sur le VIH/SIDA qui se tiendra à Ouagadougou en 2001.
 324. Le président a ensuite déclaré close la cinquantième session du Comité régional.

PARTIE III

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES

BENIN

ALGERIE*

ANGOLA

Dr. José Viera Dias Van-Dúnem
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dra. Maria José Gouveia Alfredo
Directora do Gabinete do Vice-Ministro da
Saúde

Dra. Eunice Victória Santos Chicossi
Assessora da Ministra da Saúde

Dra. Adelaide de Fátima dos Santos Fernandes de
Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional, Ministério da Saúde

Dra Maria do Rosário de Fátima Madeira
Rita
Directora, Clínica Maternidade Lucrecia Paim
Professora - Universidade Agostinho Neto
OMS - Consultora

Dr Marina D'Almeida-Massougbodji
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr P. Dossou-Togbe
Secrétaire général du Ministère de la Santé

Dr Zinsou Jonathan Amegnigan
Directeur national de la Protection sanitaire

Prof. Eusèbe Alihonou
Chef du Département de la Santé de
la Reproduction de la Faculté des Sciences de la
Santé, Université nationale du Bénin

Dr Tebnoma Esther Traoré née Kientega
C/SSMI - DSF/Ministère de la Santé publique

Mme Marie-Thérèse Houtoukpe
née Capo-Chichi
Ministère de la Santé publique

BOTSWANA

Hon. J. J. Phumaphi
Member of Parliament and Minister of Health
Head of Delegation

Dr Themba Lebogang Moeti
Head, Epidemiology and Disease Control Unit

Dr Winnie Gasefele Manyeneng
Assistant Director/Primary Health Care

* N'a pas pu participer.

BURKINA FASO

Dr Alain Ludovic Tou
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Boureima Ouédraogo
Directeur général de la Santé publique

Dr Mathias Some
Secrétaire général de la Santé

Dr Ouambi Emmanuel Zida
Directeur central au Ministère de la Santé publique

Dr François Tall
Directeur de la Santé de la Famille du Burkina Faso

Dr Sibiri Clément Zidouemba
Directeur de la Médecine préventive

Dr Issa Boniface Ouédraogo
Directeur des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé publique

Dr Jean-Marie Vianney Yaméogo
DEP, Ministère de la Santé

Dr Brahim Mone
Directeur régional de la Santé de Kaya

Dr Hamed Cheik Tidjane Ouédraogo
Directeur régional de la Santé de Ouagadougou

Dr Mete Bonkougou
Directeur régional de la Santé de Bobo-Dioulasso

Dr Silvain Dipama
Directeur régional de la Santé de Dédougou

Dr Daogo Sosthème Zombré
Directeur régional de la Santé de Ouahigouya

Dr Sidi Coulibaly
Directeur régional de la Santé de Gaoua

Dr Brahim Bassane
Directeur régional de la Santé de Banfora

Dr Seydou Touré
Directeur régional de la Santé de Fada

Dr Philippe Compaoré
Directeur régional a.i. de la Santé de Tenkodogo

Dr Mâ Ouattarra
Directrice régionale de la Santé de Dori

Dr Henri Ouoba
Directeur régional de la Santé de Koudougou

M. Daouda Nignan
Directeur des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance, Ministère de la Santé publique

M. Zacharie Balima
Directeur a.i., Suivi, Évaluation/Projet de Développement, Santé et Nutrition

Dr Laurent Nikièma
Médecin-Chef du District sanitaire de Orodara

Dr Victor Nana
Médecin-Chef du District sanitaire de Yako

Dr Pépin John Hamlet Nikièma
Médecin-Chef du District sanitaire de Kaya

Dr Malick Napon
Médecin-Chef de Kossodo

Dr Dominique Sourabie
Directeur général de MEDIFA (Industrie pharmaceutique), Ouagadougou 03

Dr Saïdou Ouéadraogo
Médecin-Chef du District sanitaire de Sindou

Dr Lassouré Compaoré
Médecin-Chef du District sanitaire du Secteur No 22 de Bobo-Dioulasso

Dr Abdoulaye Bara
Médecin-Chef du District sanitaire de Gorom-Gorom

Dr Lambert Simpore
Médecin-Chef du District sanitaire du Secteur No 30, Ouagadougou

Dr Aboubakar Coulibaly
Médecin-Chef du District sanitaire de Leo-Tô

Dr Sie Alain Dah
Médecin-Chef du District sanitaire de Gaoua

Dr François Drabo
Médecin-Chef du District sanitaire de Nouna

Mme Marie-Rose Sawadogo
Directrice exécutive de l'ONG Initiative privée et communautaire contre le VIH/SIDA (IPC) - Ouagadougou

Dr Jacques Simporé
Directeur du Laboratoire St Camille - Ouagadougou 01

Mme Blanche Toe Nikièma
Présidente de l'Amicale Burkinabè des Infirmières - Ouagadougou 03

Dr Fernand Toe
Médecin-Chef du District sanitaire de Titao

Dr Djibril Kabré
Médecin-Chef du District sanitaire de Batié

Dr Ousmane Badolo
Médecin-Chef du District sanitaire de Koupéla

Dr Assane Ouangaré
Médecin-Chef du District sanitaire de Diapaga

Dr Jean-Marie Vianney Dabire
Directeur d'Hôpital - Ouagadougou 01

Dr Alhousseini Maïga
Conseiller régional, Gwe, Ouagadougou

Mme Segnogo Salamata Ouedraogo/
Sawadogo
Directrice générale de l'Ecole nationale de Santé publique, Ouagadougou

Dr Sonia Kabore Douamba
*Représentant, Direction générale - CHR,
Dédougou*

Mme Henriette Soulama
*Directrice des Affaires administratives et financières
de l'Ecole nationale de la Santé publique -
Ouagadougou*

Dr Dabogo Joseph Sia
*Médecin-Chercheur au Centre médical
St Camille - Ouagadougou*

M. Jean-Baptiste Nikiéma
FSS/40 - Ouagadougou

Mme Massogona Jacqueline Tapsoba/
Ouattara
*Présidente de la Fédération des Femmes
Burkinabé, Membre de l'Alliance internationale
des Femmes, Ouagadougou 01*

M. Joseph Aimé Bidiga
*Chargé de Programme IST au Secrétariat
permanent du Comité national de Lutte contre le
SIDA/IST*

BURUNDI

Dr Stanislas Ntahobari
*Ministre de la Santé
Chef de Délégation*

Dr M. Louis Mboneko
Médecin Inspecteur général de la Santé

CAMEROUN

M. Laurent Easo
*Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation*

Dr Cécile Bomba-Nkolo
Chef de Division de la Coopération

Dr Basile Kollo
Directeur de la Santé communautaire

CAP-VERT

Dr. João Medina
*Ministro da Saúde
Chefe da Delegação*

Dr^a Rosa Lopes
Delegada

Dr^a Alicia Wahnon
Delegada

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dr Richard Lakoe
*Ministre de la Santé
Chef de Délégation*

Dr Emmanuel Nguembi
*Directeur de la Santé familiale et
de la Population*

Dr Marthe-Augustine Kirimati
*Coordonnatrice du Programme national de la
Santé bucco-dentaire*

TCHAD

Dr Dangdé Laobélé Damaye
Ministre de la Santé publique
Chef de la Délégation

M. Malloum Eloi Mbaïong
Directeur général adjoint du Ministère de la Santé
publique, Membre du Conseil exécutif de l'OMS

Dr Tchang Salomon Garba
Coordonnateur national du Programme Santé de
la Reproduction

COMORES

M. Mistoihi Mlaïli
Ministère de la Santé publique et des
Affaires sociales
Chef de Délégation

Dr Mbaé Toyb
Directeur général de la Santé publique

REPUBLIQUE DU CONGO

Dr Léon-Alfred Opimbat
Ministre de la Santé, de la Solidarité
et de l'Action humanitaire
Chef de Délégation

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé

M. Paul-Hervé Kengouya
Conseil administratif et juridique du Ministre

Dr André Enzanza
Conseil à la Santé

Mme Valérie Antoinette Ossie
Directrice de la Coopération, Ministère de la
Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire

M. Charles-Henri Makambo Okombi
Agent de Protocole

CÔTE D'IVOIRE

Prof. Janine-Adèle Tagliante-Saracino
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Laure Aie-Tanoh
Directeur de la Santé de la Reproduction

Dr Coulibaly Kounandi
Directeur de la Médecine du Travail

Dr Kouadio Bohoussou
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
UFR des Sciences médicales - Abidjan

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

M. Mampunza ma Miezi
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr François Bompeka Lepira
Conseiller médical du Ministre de la Santé

M. Muteba Mbuyu
Conseiller pharmaceutique du Ministre

GUINEE EQUATORIALE

Dr Juan-Antonio Bibang Nchuchuma
Ministre de la Santé et du Bien-Etre social
Chef de Délégation

Dr Abia Nseng Anque Salvador
Directeur général de la Santé publique

ERYTHREE

Mr Berhane Ghebretinsae
Director-General of Health Services
Head of Delegation

Dr Besart Hagos
Director, Research and HRD, Ministry of Health

Dr Solomon Ghebreyesus
Head, Family and Community, Ministry of Health

ETHIOPIE

Dr Eamisso Hayesso
Vice-Minister of Health
Head of Delegation

Dr Beyene Petros
Chairman, African Advisory Committee on Health Research and Development

Mr Alemayehu Seifu Solomon
Head, Diseases Prevention and Control Department

Mr Mequaneny Tesfu
Head, Maternal Health Team

GABON*

GAMBIE

Dr Abdoulie M. Sallah
Secretary of State for Health and Social Welfare
Head of Delegation

Dr Yankuba Kassama
Director of Health Services

GHANA

Prof. Kwaku Danso-Boafo
Ministry of Health
Head of Delegation

M. Francis Kumah
Ministre Conseiller, Ambassade du Ghana au Burkina Faso

Mr Emmanuel Nunyaku Mensah
Director-General of Ghana Health Services

Dr (Mrs) Henriette Odoi-Agyarko
Deputy Director, Public Health Division (Family Health)

* N'a pas pu participer.

GUINEE

Prof. Mamadou Saliou Diallo
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation

Dr Yéro-Boye Camara
Conseiller chargé de la Politique sanitaire,
Ministère de la Santé publique

Dr Séré Kaba
Coordonnatrice du Programme national de la
Maternité sans Risques

Dr Naby Moussa Balde
Secrétaire général du Réseau guinéen pour la
Prévention de la Mortalité maternelle
(RGPM)

GUINEA-BISSAU

Sr. António Bamba
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Sr. António Paulo Gomes
Chefe de Gabinete

Sr^a Ivonne Menezes Moreira
Parteira

KENYA

Dr Gurrach B. Galgallo
Assistant, Minister for Health
Head of Delegation

Hon. Haroun N. K. Mengech
Director, Moi Teaching and Referral Hospital,
Eldoret

Mrs Grace Kandie
Chief Nursing Officer, Ministry of Health

Dr J. N. Njagi
Provincial Medical Officer - Eastern Province

LESOTHO

Hon. Tefo Mabote
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Dr Makhetha Mosotho
Principal Secretary for Health and Social Welfare

Dr Mpolai Moteetee
Director Primary Health Care

LIBERIA

Dr S. Nathaniel Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Head of Delegation

Dr Bermice N. T.Dahn
Director, Family Health Division, Ministry of
Health and Social Welfare

MADAGASCAR*

* N'a pas pu participer.

MALAWI

Mr Aleke K. Banda
Minister of Health and Population
Head of Delegation

Mr Ben Mbwana
Special Assistant to the Minister

Dr Richard Pendame
Secretary for Health and Population (Principal Secretary)

Mrs Nyuma Olinifa Gama
Senior Registered Nurse and Midwife

MALI

Mme Fatoumata Nafo
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Mamadou Drave
Conseiller technique - Ministère de la Santé

Dr Salif Samake
Directeur national de la Santé publique

Pr. Amadou Dolo
Chef de Service Gynécologie - Obstétrique -
Hôpital Gabriel Touré

MAURITANIE

Dr Mohamed Ould Menou
Directeur de la Protection sanitaire
Chef de Délégation

Dr Amadou Kane
Coordinateur du Programme national SR

MAURICE***MOZAMBIQUE**

Dr. Francisco Ferreira Songane
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Humberto Cossa
Director da Cooperação Internacional

Dr. Martinho Dgedge
Deputy Director for the National Direction of Health

NAMIBIE

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

Dr Norbert Forster
Deputy Director, Planning - Ministry of Health and Social Services

Mr Michael Mulapani Likando
Regional Director - Ministry of Health and Social Services

Mrs E. K. Shihepo
Deputy Director
Ministry of Health and Social Services

* N'a pas pu participer

NIGER

M. Adamou Assoumane
Ministre de la Santé publique
Chef de la Délégation

Dr Magagi Gagara
Directeur de la Protection
sanitaire/Etablissements de Soins

Dr Maiga Karim Abdoulaye
Directeur adjoint de la Santé de la Reproduction

NIGERIA

Dr Tim Menakaya
Hon. Minister of Health
Federal Ministry of Health, Abuja
Head of Delegation

ALH. S. Suleiman
Permanent Secretary, Federal Ministry of Health

Dr S. Sule
Director, Planning, Research and Statistics

Dr. A. Nasidi
Director, Special Projects, Federal Ministry
of Health

Dr A. Abebe
Director, Primary Health Care and Disease
Control

Dr M. Anibueze
Deputy Director/Technical Assistant to
Hon. Minister

Dr A. A. Adeyemi
Deputy Director, MCH - Federal Ministry
of Health

RWANDA

Dr Jean Bosco Ahoranyezu
Directeur régional de la Santé
Chef de Délégation

Dr Maurice Bucagu
Directeur de l'Office national de la Population

Dr Maria Mugabo
Chef de la Division Santé de la Reproduction

M. Jean Nyirinkwaya
Président de l'Association Médecins privés
Gynécologie-Obstétrique

SAO TOME ET PRINCIPE*

SENEGAL

Prof. Abdou Fall
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Fall Cheikh
Premier Conseiller du Ministre de la Santé

Dr Malick Niang
Directeur de la Santé

Dr Adama Ndoye
Chef du Service national de la Santé de
la Reproduction

* N'a pas pu participer

SEYCHELLES

M. Jacquelin Dugasse
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

SIERRA LEONE

Mr Sidikie Brima
Deputy Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation

Dr Noah Conteh
Deputy Director-General of Medical Services

AFRIQUE DU SUD

Dr Mantombazana E. Tshabalala-Msimang
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Ayanda Ntsaluba
Director-General (Health)

Dr Nothemba Princess Simelela
Chief Director, HIV/AIDS/STD Programme

Dr Lindiwe Elizabeth Makubalo
Director, Research and Epidemiology

Dr Roland Edgar Mhlanga
Chief Director, Maternal, Child and Women's Health and Nutrition

Dr Rajendra Maharaj
Deputy Director, Vector-Borne Diseases

Mrs Mosotho C. Gabriel
Deputy Director

Mr Bani Isaac Mayeng
Medecines Administration, Department of Health

SWAZILAND

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Mrs Doreen Dlamini
Deputy Chief Nursing Officer

Dr Simon P. Kunene
Malaria Programme Manager

Dr John M. Kunene
Deputy Director - Health Services

TOGO

Dr Batchassi Essosolem
Directeur général de la Santé
Chef de Délégation

Dr Eli Agbobli-Apetsianyi
Directrice de la Division de la Santé familiale

M. Essossiminam Lakassa
Chercheur en Médecine traditionnelle, Kara

UGANDA

Dr Philip Byaruhanga
Minister of State for Health
Head of Delegation

Dr Sam Zaramba
Director of Health Services

Dr Samuel I. Okware
Ministry of Health

REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE

Dr Ali Alhaji Mzige
Director, Preventive Services
Head of Delegation

Dr Theodista John
Coordinator for Safe Motherhood, Ministry
of Health

ZAMBIE

Dr Shimaili David Mpamba
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Gavin Silwamba
Director-General, Ministry of Health

Mr Vicent Musowe
Director of Planning, Ministry of Health

ZIMBABWE

Dr David Parirenyatwa
Deputy Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation

Pauliwys Sikosana
Secretary for Health, Ministry of Health

Dr Batsirai Makunike
Deputy Director, Disease Prevention
and Control - Ministry of Health

Dr L. K. Shodu
Director, Family and Child Health Department
Ministry of Health

**2. REPRESENTANTS DES
NATIONS UNIES ET DES
INSTITUTIONS
SPECIALISEES**

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

Mme Rima Salah
Directrice régionale de l'UNICEF de
l'Afrique de l'Ouest et du Centre
B.P. 443
04 Abidjan
Côte d'Ivoire

Dr Abdel Wahed El Abassi
Regional Adviser Health
B.P. 443
04 Abidjan
Côte d'Ivoire

**Organisation des Nations Unies pour
l'Alimentation et l'Agriculture (FAO)**

Dr Ndiaye Cheikh
Senior Regional, Food and Nutrition
Office/Head RAFF
FAO Regional Office for Africa
P.O. Box 1628
Accra
Ghana

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

Dr Peter Piot
Executive Director
20, Ave Appia
CH 1211, Geneva
Switzerland

Dr Godfrey G. Sikipa
Programme Development Officer,
UNAIDS
20, Ave Appia
CH 1211, Geneva
Switzerland

Dr Kekoura Kourouma
Conseiller de Programme
s/c PNUD, Ouagadougou

USAID

Mr Felix N. Awantang
Regional Health Activities Team Leader
Department of State
2130 Dakar Place
Washington DC 20521-2130
USA

**Commission économique des Nations
Unies pour l'Afrique (CEA)**

Dr Jeggan Senghor
Director, ECA Sub-Regional Development
Centre for West Africa
B.P. 744
Maison de l'Afrique
Niamey
Niger

Banque mondiale

Dr C. O. Pannenberg
Directeur sectoriel, Santé, Région Afrique
(Chef de Délégation)
1818 H. Street, N.W.
Washington, D.C. 20433
USA

M. Ibrahim Magagi
Spécialiste de la Santé
Bureau de la Banque mondiale à
Ouagadougou
B.P. 6222
01 Ouagadougou
Burkina Faso

**3. REPRESENTANTS DES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

**Banque africaine de Développement
(BAD)**

Dr Richard Wanji Ngah
BAD
B.P. V 316
Abidjan
Côte d'Ivoire

Association Afrique Caraïbe (ACP)

M. J. Zeba
Expert
451 Avenue Georges Henri
1200 Bruxelles
Belgique

**South Africa Development
Community (SADC)**

Dr T. M. Balfour
Director, SADC Health Sector
Coordinating Unit
P/Bg X 828
Pretoria 0001
South Africa

Ms L. F. Lebesse
Deputy Director, SADC HSCU
P/Bg X 828
Pretoria 0001
South Africa

Conseil de l'Entente

M. Makan Traore
Coordonnateur national du Programme
IPEC
s/c Ministère du Travail
B.P. 7016
Ouagadougou
Burkina Faso

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

Dr Amadou Moctar Mbaye
Directeur, Santé
Commission UEMOA
01 B.P. 543
Ouagadougou
Burkina Faso

**Organisation de l'Unité africaine
(OUA)**

M. Couavi A. L. Johnson
Directeur, Département Education,
Science, Culture et Affaires soicales
(ESCAS)
Secrétariat général de l'OUA
B.P. 3243 -Addis Abéba
Ethiopie

**Communauté sanitaire de l'Afrique de
l'Ouest**

Prof. Kayode A. Odusote
Executive Director, a.i.
West African Health Community
6 Taylor Drive, PMB 2023
Yaba, Lagos
Nigeria

Organisation de Coordination et de
Coopération pour la Lutte contre les
Grandes Endémies (OCCGE)

Prof. Abdoulaye Ag Rhaly
Secrétaire général de l'OCCGE
B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

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

Dr Kabba Joiner
Director-General
WAHO Headquarters
01 B.P. 153 - Bobo-Dioulasso
Burkina Faso.
Dr Moussa Adama Maïga
Directeur général adjoint de l'OOAS
01 B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

**4. REPRESENTANTS DES
ORGANISATIONS NON
GOUVERNEMENTALES**

**Fédération internationale des Sociétés
de la Croix-Rouge et du Croissant
Rouge**

Dr Astrid N. Heiberg
Président, Fédération internationale des
Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant
Rouge
17, Chemin des Crêts, Petit-Saconnex
Genève
Suisse

Dr Bana Ouandaogo/Maïga
Présidente de la Croix-Rouge - Député à
l'Assemblée nationale du Burkina Faso
01 B.P. 4404
Ouagadougou
Burkina Faso

M. Bekele Geleta
Directeur du Département Afrique
17, Chemin des Crêts, Petit-Saconnex
C.P.372
1211 Genève 19
Suisse

Dr David Dofara
Délégué régional, Santé/Afrique centrale
B.P. 11507
Yaoundé
Cameroun

Mme Marie-Françoise Borel
Attachée de Presse
17, Chemin des Crêts, Petit-Saconnex
C.P. 372
1211 Genève 19
Suisse

Consumers International

Mrs Blanche Bationo
Assistant de Programme à IBFAN -
Afrique francophone
24, Highbury Crescent
London N5 1 RX,
UK

**International Confederation of Mid-
wives (ICM)**

Mme Brigitte Thiombiano
Présidente, FASFALO
01 B.P. 4686
Ouagadougou
Burkina Faso

**5. OBSERVATEURS ET
DISTINGUES INVITES**

Dr Melinda Moore
Deputy Director, DHHS Office for
International and Refugee Health
Parklawn Bulding, 18-105
5600 Fishers Lane
Rockville
USA 20857

Dr Jean-Paul Louis
Chargé de Mission/Lutte contre les
maladies transmissibles
Ministère des Affaires étrangères - DCT/
HS
20, Rue Monsieur
75007 Paris
France

Dr Sylvia Barrow
Health Specialist - Africa + Middle East
Branch
Canadian International Development
Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull Québec
KIA OG4 Canada

Mrs Gisèle Koffy
International Special Dietary Food
Industries
Corporate Affairs, Nestle
01 B.P. 1840
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

Dr Joyce Braak
Representative, Mad Women's
International Association
145 Green Acres Road
Elizaville, N.Y. 12523
USA

M. Cora Mathias Batabe
Directeur de l'Institut panafricain pour le
Développement - Afrique de l'Ouest Sahel
(IPD/AOS)
01 B. P. 1756
Ougadougou
Burkina Faso

M. Michel Taymans
Représentant résident
Coopération Technique Belge (CTB)
06 B.P. 10 226
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Yves M. Heyligers
Coopération Médicale belge
01 B.P. 6617
Ouagadougou
Burkina Faso

ANNEXE 2 : ORDRE DU JOUR DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la session
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC50/1 Rév. 3)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 1998-1999 : Rapport biennal du Directeur régional (document AFR/RC50/2) :
 - Rapport d'activités sur des programmes spécifiques :
 - Opérations d'urgence et action humanitaire
 - Ressources humaines pour la santé
 - Recherche en santé
 - Santé bucco-dentaire
 - Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC50/5)
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC50/6)
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC50/7)

-
8. Rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC50/4)
 - 8.1 Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020 (document AFR/RC50/8 Rév.1)
 - 8.2 Budget programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)
 - 8.3 Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)
 - 8.4 Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)
 - 8.5 Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)
 - 8.6 Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)
 9. Améliorer l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Rapport d'activité (document AFR/RC50/20)
 10. Cérémonie de remise du Prix Comlan Quenum de Santé publique en Afrique
 11. Discussions techniques : Réduire la mortalité maternelle : un défi pour le 21ème siècle (document AFR/RC50/TD/1)
 12. Rapport des Discussions techniques (document AFR/RC50/13)
 13. Choix des sujets des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/14)
 12. Nomination des Présidents et des Présidents suppléants des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/15)
 13. Décisions de procédure

-
14. Dates et lieux des cinquante et unième et cinquante-deuxième sessions du Comité régional (document AFR/RC50/16)
 15. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC50/17)
 16. Clôture de la cinquantième session du Comité régional.

ANNEXE 3 : RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME TENUE DU 24 AU 28 JUILLET 2000

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Harare (République du Zimbabwe) du 24 au 28 juillet 2000. Le bureau a été élu comme suit :

Président : Dr H. Attas (Tanzanie)
Vice-Président : Dr J. Zinsou Amegnigan (Bénin)
Rapporteurs : Dr L. Mboneko (Burundi)
Dr A. Opio (Ouganda)

2. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS, a souhaité la bienvenue aux participants et leur a rappelé l'extention des attributions du Sous-Comité du Programme qui doit maintenant discuter en détail le projet de budget programme et tous les documents techniques devant être présentés au Comité régional.
4. Il a ensuite fait certaines observations liminaires détaillées sur tous les documents techniques qui doivent être examinés par le Sous-Comité du Programme, en soulignant le cadre et les points saillants de chaque document. Il a instamment demandé aux membres du Sous-Comité du Programme de prendre énergiquement et clairement position sur les questions techniques afin de guider les Etats Membres sur la manière de s'attaquer aux problèmes de santé auxquels est confrontée l'Afrique.
5. Le Dr H. Attas a exprimé sa reconnaissance pour son élection à la présidence du Sous-Comité du Programme. Il s'est dit persuadé que tous les documents techniques présentés au Sous-Comité du Programme seront discutés en détail et que les membres du Sous-Comité produiront un rapport utile à présenter au Comité régional en août/septembre 2000.
6. Le programme de travail provisoire (Appendice 2) a été adopté sans amendement.
7. Le Sous-Comité du Programme a également adopté l'horaire de travail suivant : de 9 h 00 à 12 h 30 le matin et de 14 h 00 à 17 h 00 l'après-midi, y compris les pauses-café. L'ordre du jour figure à l'Appendice 3.

**POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION
AFRICAINNE POUR LE 21^{ème} SIECLE : AGENDA 2020**

(document AFR/RC50/8 Rév. 1)

8. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document.
9. Il a déclaré qu'au cours de l'élaboration du document, qui contient huit sections, on avait dûment tenu compte des observations formulées l'année dernière par les membres du Sous-Comité du Programme, concernant la nécessité d'élaborer un document plus clair et plus concis; on a par ailleurs consulté plus largement les pays participants, les experts et les institutions internationales.
10. Il a précisé que la section I met l'accent sur certains efforts déployés dans le domaine du développement sanitaire en ce qui concerne les politiques, les plans et les initiatives élaborés dans la Région depuis 1970.
11. La section 2 présente les principaux problèmes de santé, l'état de santé des populations de la Région ainsi que les déterminants de la santé dans la Région. Au nombre des faits nouveaux positifs figurent : l'accroissement du nombre de pays qui ont élaboré des stratégies complètes de réduction de la pauvreté, la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, l'éradication de la variole et les efforts en cours pour éradiquer la poliomyélite et la dracunculose ainsi que pour éliminer la lèpre.
12. La section 3 analyse les principaux facteurs permettant de renforcer le développement sanitaire, en identifiant les opportunités à saisir ainsi que les menaces pour le développement sanitaire. Elle présente également la capacité de surmonter la pauvreté et celle d'assurer à tous l'accès aux soins de santé essentiels comme les deux incertitudes critiques de l'avenir.
13. La section 4 indique que la vision du développement sanitaire à l'horizon 2020, consistera à vaincre les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance, dans un contexte de bonne gouvernance et de développement autonome de systèmes de santé proactifs. La solidarité, l'équité, l'éthique et l'identité culturelle seront des systèmes de valeurs et des principes importants pour la réalisation de cette vision.

-
14. Il a déclaré que la section 5, qui décrit l'Agenda de Santé 2020, énonce les quatre orientations stratégiques suivantes : créer et gérer des environnements favorables à la santé, réformer les systèmes de santé en s'inspirant des principes des soins de santé primaires, responsabiliser les populations et leur assurer un soutien aux niveaux individuel, familial et communautaire, et créer les conditions nécessaires à la participation et au leadership des femmes dans le développement sanitaire.
 15. La section 6 met l'accent sur les facteurs suivants qui amélioreraient la mise en oeuvre de la politique ou qui seraient décisifs à cet effet : la promotion de l'approche intersectorielle relative aux déterminants de la santé, le rôle fondamental qui incombe à l'Etat dans les questions de financement, d'administration et de promotion de la santé, la manière d'aborder la santé telle que définie par l'OMS et le fait de placer la santé au centre du développement.
 16. Il a souligné que l'OMS devrait fonder ses actions sur les réalités et les nécessités des pays, contribuer véritablement à la création d'environnements favorisant la santé, diffuser un cadre concerté pour le développement et le renforcement des systèmes de santé. L'OMS pourrait également apporter son concours à l'examen des politiques nationales, contribuer à la mobilisation de ressources pour la mise en oeuvre de celles-ci et évaluer les progrès accomplis par les pays dans la mise en oeuvre de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020.
 17. La conclusion, section 8, souligne l'importance et la nature intersectorielle de la politique et la nécessité d'une volonté politique des plus résolues pour sa mise en oeuvre. Le Dr L. G. Sambo a conclu en priant le Sous-Comité d'examiner avec soin le document et de faire part de ses commentaires et orientations pour faciliter les débats du Comité régional.
 18. Les membres du Sous-Comité ont remercié le Secrétariat d'avoir incorporé les principaux commentaires faits l'année dernière sur le projet précédent. Ils se sont déclarés en général satisfaits de la clarté et de la concision du document actuel qui fournirait un cadre utile aux Etats Membres pour élaborer leurs politiques sanitaires.

-
19. Le Sous-Comité a fait observer que le fait que l'Afrique, le continent le plus riche en ressources naturelles, soit le continent le plus pauvre sur le plan du développement socio-économique général, avec les conséquences que cela entraîne sur la santé, devrait vivement préoccuper les dirigeants des pays de la Région.
 20. Le Sous-Comité a également souligné l'importance des facteurs suivants pour mener à bien l'Agenda Santé 2020 : le patriotisme sur le plan de l'utilisation des ressources de l'Afrique pour développer le continent africain, un mode de gestion axé sur les résultats, une bonne gouvernance dans tous les domaines, des conditions économiques et politiques stables, une véritable indépendance politique et économique nationale, une gestion probante de l'environnement, des ressources suffisantes ainsi que leur allocation rationnelle et leur utilisation efficace.
 21. En vue d'améliorer le document, les membres du Sous-Comité ont fait les commentaires spécifiques suivants :
 - a) Au paragraphe 13, revoir la seconde phrase pour lire "Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité sur le continent".
 - b) Au paragraphe 23, ajouter "l'inadéquation ou l'absence de recherche dans le domaine de la santé" dans l'énumération des obstacles et ajouter après la "fuite des cerveaux" "en raison de rémunération insuffisante".
 - c) Remplacer le titre "Opportunités", page 5, par "Opportunités en émergence".
 - d) Ajouter à la liste des opportunités "Mise à la disposition des médicaments antirétroviraux à des coûts abordables".
 - e) Permuter les paragraphes 33 et 34.
 - f) Ajouter au principe (b) dans le paragraphe 35 "Assurer l'égalité des sexes".
 - g) Mettre le paragraphe 36 de la version française au futur.

-
- h) Faire en sorte que le point (c) du paragraphe 37 reflète la nécessité de créer des conditions permettant aux jeunes de participer au développement sanitaire et d'y jouer des rôles prépondérants.
 - i) Au paragraphe 37, créer un nouveau point (e). Ce nouveau point devrait appréhender la nécessité de développer une culture autochtone de la recherche en santé et favoriser la coopération technique entre les pays dans les domaines de la recherche en santé et de la prestation de services.
 - j) Au paragraphe 39, reformuler les points, notamment, ceux commençant par “garantir” et revoir également le point (h) pour lire “assurer un accès permanent à des aliments de valeur nutritionnelle suffisante”.
 - k) Au paragraphe 40, remplacer “restaure” par “établisser”.
 - l) Au paragraphe 44 (point c), il a été suggéré qu'il serait important que les pays respectent la Charte du malade pour favoriser une plus grande participation du secteur privé, afin d'élargir l'accès de la population aux soins de santé.
 - m) Au paragraphe 50, ajouter “soins de réadaptation” dans la dernière phrase.
 - n) Page 10, remplacer le titre “Créer les conditions...” par la rubrique (d) du paragraphe 37.
 - o) Rattacher les cibles de l'annexe au “Cadre de mise en oeuvre” par une note de bas de page renvoyant à l'annexe dans le paragraphe approprié de la présente section.
 - p) Au paragraphe 56, remplacer “diffuser” par “préparer et diffuser” et ajouter à ce paragraphe en tant que point (f) “Continuer de faire campagne avec énergie pour l'allégement de la dette et l'utilisation d'une partie importante des économies ainsi réalisées pour le développement sanitaire”.
 - q) Ajouter “Diabète” à la cible 13 dans l'annexe du document.

-
- r) Au paragraphe 3 du résumé, ajouter “Développer une culture autochtone de la recherche en santé et favoriser la coopération technique entre les pays dans les domaines de la recherche sur la santé et de la prestation de services” en tant que point (e).
22. Les précisions recherchées par le Sous-Comité ont été fournies par le Secrétariat.
23. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 2002-2003

(document AFR/RC50/3)

24. Le Dr L. Sambo du Secrétariat a présenté les grandes lignes de ce point de l'ordre du jour.
25. Il a rappelé au Sous-Comité du Programme que le budget programme est un instrument essentiel pour faire avancer le processus de changement et de réforme de l'OMS et que sa préparation pour l'exercice 2002-2003 s'était écartée de façon significative de la pratique adoptée précédemment, tant en ce qui concerne la méthode que le contenu.
26. Le Projet de Budget Programme 2002-2003, premier budget du Dixième Programme général de Travail, prend en compte les principales orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS, ainsi que le contexte de croissance budgétaire nominale zéro. Pour la première fois, le Siège et les Bureaux régionaux se sont concertés dans la recherche d'objectifs institutionnels communs en vue de leur assistance aux Etats Membres.
27. Il a indiqué que le Secrétariat soumettait deux documents au Sous-Comité : la première partie intitulée “Projet de Budget Programme pour l'exercice 2002-2003”, qui doit être examinée par le Conseil exécutif en janvier 2001 et vraisemblablement adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2001; et la deuxième partie, “Orientations régionales 2002-2003”, qui doit servir de guide à la mise en oeuvre du budget programme dans la Région africaine au cours de l'exercice 2002-2003.

PREMIERE PARTIE : PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 2002-2003

28. La première section : Politique et budget pour une seule OMS, présente dans sa première partie, les caractéristiques essentielles du projet de budget programme, à savoir : un cadre politique avec des priorités bien définies (dont 11 ont été fixées par le Conseil exécutif à sa cent-cinquième session) ; une structure budgétaire qui reflète mieux le rôle de l'OMS (35 domaines d'activité définis pour l'ensemble de l'Organisation et constituant les éléments communs du projet du budget programme); un programme institutionnel élaboré en commun (associant le personnel des Bureaux régionaux et du Siège); l'accent mis sur les résultats ou sur l'application d'une budgétisation fondée sur les résultats (c'est-à-dire que, pour chaque domaine d'activité, trois niveaux d'objectifs ont été définis); l'indication des bases de l'évaluation et une focalisation très nette sur les activités dans les pays (pour une meilleure efficacité des programmes de pays de l'OMS).
29. La deuxième partie de la première section est consacrée au cadre politique, qui correspond au cadre de mise en oeuvre de la stratégie institutionnelle de l'OMS, décrit l'évolution du contexte de la santé internationale, les quatre orientations stratégiques, les six fonctions essentielles de l'OMS et les 11 priorités mondiales de l'Organisation.
30. La troisième partie de la première section présente la vue d'ensemble des ressources en indiquant le plan des dépenses pour l'exercice 2002-2003, dont la somme provenant du budget ordinaire et des autres sources de financement s'élève à US \$2 246 654 000. Le budget ordinaire, qui totalise US \$842 654 000, se répartit ainsi entre les trois niveaux de l'Organisation : US \$276 149 000 pour le Siège, US \$234 722 000 pour les Bureaux régionaux et US \$331 783 000 pour les pays. En ce qui concerne les autres sources de financement, une somme de US \$1 404 000 000 est attendue, mais le chiffre n'a pas été confirmé.
31. Le Dr L. Sambo a indiqué que la deuxième section du document présente les orientations stratégiques pour 2002-2003 par domaine d'activité et montre clairement, pour chaque domaine, les problèmes et enjeux, le but et les objectifs de l'OMS, les résultats escomptés, les indicateurs et les ressources.

-
32. A la suite de cette présentation, le Dr Sambo a expliqué que le Sous-Comité du Programme devrait prendre connaissance du “Projet de Budget Programme OMS pour l'exercice 2002-2003” et présenter ses observations sur ce projet de document qui doit être soumis l'année prochaine aux Organes directeurs de l'OMS au niveau mondial.
33. Les membres du Sous-Comité ont fait les observations et suggestions suivantes :
- a) en ce qui concerne les priorités mondiales, il a été suggéré que d'autres maladies soient ajoutées au chapitre de la sécurité transfusionnelle et qu'un mémorandum d'accord soit établi entre les partenaires mentionnés dans ce domaine prioritaire, car la plupart d'entre eux n'étaient pas au courant de cette collaboration au niveau des pays;
 - b) le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA, qui sont actuellement regroupés dans le même domaine prioritaire, devraient être séparés;
 - c) parmi les données nécessaires à la surveillance des maladies, il faudrait mentionner non seulement la disponibilité des informations, mais aussi leur qualité;
 - d) en anglais, le terme “urgencies” devrait être remplacé par “emergencies”;
 - e) les chiffres du précédent exercice biennal devraient être inclus dans les tableaux;
 - f) il faudrait se préoccuper de la destruction des matériels usagés en plastique;
 - g) les compressions d'effectifs exigées par les organismes internationaux pour des raisons de quotas ont des effets négatifs sur les services de santé;
 - h) des questions ont été posées sur les critères retenus pour répartir les fonds régionaux entre les pays.
34. Le Dr L. Sambo, Directeur de la Gestion des Programmes, a donné au Sous-Comité l'assurance que les indications et les suggestions des membres concernant le document avaient été notées.

35. Le Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, a rappelé aux membres que la répartition des crédits posait toujours des problèmes difficiles, d'autant plus que le montant disponible pour l'ensemble des 46 pays de la Région était fixe. Il a expliqué qu'une formule incluant de nombreux critères avait été appliquée, mais que des efforts avaient été faits pour que la plupart des pays ne connaissent pas de diminution de leur budget. Il a indiqué qu'une réunion aurait lieu pour rationaliser l'affectation des allocations budgétaires aux pays et la taille des bureaux de pays.

DEUXIEME PARTIE : ORIENTATIONS REGIONALES DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR 2002-2003

36. Le Dr L. Sambo a présenté la deuxième partie du projet de budget programme qui donne des orientations régionales pour la mise en oeuvre du budget programme stratégique (1ère partie). Il a ajouté que le document tenait compte des principales orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS, de la situation sanitaire régionale et de ses défis, ainsi que de la nécessité pour l'OMS de répondre aux attentes des pays de la Région africaine.
37. Il a exposé la structure générale du document qui se présente ainsi : Résumé, Avant-propos du Directeur régional, Situation générale, Résumé des Tableaux budgétaires, Domaines d'activité au niveau du Bureau régional, répartis en huit groupes correspondant à la structure du Bureau régional.
38. Il a énuméré les éléments qui ont servi à préparer les orientations régionales, à savoir : le Neuvième Programme général de Travail (1996-2001); le cadre politique pour la coopération du Bureau régional avec les Etats Membres de la Région africaine; les vastes réformes touchant l'ensemble de l'Organisation qui ont été lancées en 1998 par le nouveau Directeur général; la stratégie institutionnelle (Programme général de Travail pour la période 2002-2005); la restructuration du Bureau régional de l'Afrique visant à tenir compte des réformes et à mieux répondre aux demandes des pays; les priorités sanitaires régionales pour 2000-2001 adoptées par le quarante-neuvième Comité régional de l'Afrique; les onze priorités mondiales proposées par le Directeur général pour 2002-2003 et adoptées par le Conseil exécutif.

-
39. M. Chandra, du Secrétariat, a complété la présentation en apportant les précisions suivantes :
- a) Sur le budget ordinaire de US \$186 472 000 alloué à la Région, US \$66 939 000 (environ 38 %) sont affectés au Bureau régional et aux programmes interpays, et US \$119 533 000 (environ 62 %) aux pays.
 - b) Sur les US \$253 140 000 provenant d'autres sources, le Bureau régional et les programmes interpays reçoivent US \$251 682 000 et les pays US \$1 458 000.
 - c) Aucune augmentation des coûts n'a été prévue dans le budget en dépit du fait que les variations de coûts ne sont pas rares dans la Région.
 - d) Si le Bureau régional devait revenir à Brazzaville, il faudrait prévoir US \$15 millions de plus pour l'exercice biennal.
 - e) Le Directeur général a décidé d'allouer 2 % à la Région africaine, au lieu de 3 %.
40. Le Dr L. Sambo a conclu sa présentation en invitant le Sous-Comité du Programme à examiner les "Orientations régionales" et plus particulièrement les points suivants :
- a) les orientations régionales spécifiques concernant les politiques, les priorités et les affectations budgétaires;
 - b) les résultats escomptés et la stratégie générale pour chaque domaine d'activité;
 - c) tout autre aspect qui pourrait contribuer à améliorer le processus d'examen, d'adoption et de mise en oeuvre du budget programme de l'OMS pour l'exercice 2002-2003.

En d'autres termes, le Sous-Comité devrait formuler des orientations et des recommandations pour que le budget soit mieux adapté aux pays.

-
41. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour la clarté et l'exhaustivité du document.
 42. Ils voulaient savoir si les chiffres présentés constituaient des estimations approximatives et pourquoi certains programmes ne bénéficiaient pas de ressources extrabudgétaires.
 43. Certains se sont étonnés que 2 % seulement des économies mondiales soient affectées à la Région africaine plutôt que 3 %.
 44. Des membres se sont demandés si une planification conjointe ne serait pas possible avec les pays comme c'est le cas entre le Siège et les Bureaux régionaux. Ils voulaient aussi connaître l'état du paiement des contributions des Etats Membres à l'OMS.
 45. Il a été proposé que les cibles figurant dans les différents documents soient synchronisées. Des membres ont aussi demandé si les pays avaient la possibilité d'ajouter leurs propres priorités.
 46. Le Secrétariat a donné les réponses suivantes aux questions posées par des membres : au stade du processus gestionnaire suivi par l'OMS, les chiffres communiqués ne peuvent pas être plus détaillés; certains programmes ne sont pas attrayants pour les donateurs tandis que d'autres sont purement des programmes de l'OMS qui, normalement, n'auront pas besoin de financement extrabudgétaire; la réaffectation de 3 % attendue des autres Régions a été limitée à 2 % par le Directeur général en raison des problèmes que connaissent ces autres Régions, mais le Directeur régional espère une réaffectation de 4 % en 2004-2005; des facteurs de coût ont jusqu'ici empêché de procéder à une planification avec les pays, mais cela pourrait se faire à l'avenir; les cibles énoncées dans le document diffèrent des cibles qui figurent dans d'autres documents - par exemple celui qui concerne la santé pour tous - à cause d'horizons différents; enfin, les priorités régionales tiennent compte des priorités nationales mais ce sont ces dernières qui sont suivies au niveau national.

Programmes du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement

47. Le Dr L. Sambo a présenté brièvement ce secteur de la deuxième partie du projet de budget programme.
48. Il a précisé que le domaine d'activité du Directeur régional comprenait deux volets destinés à couvrir les dépenses liées à l'action de direction et à la mise en oeuvre des résolutions des Organes directeurs ainsi qu'à répondre à des besoins imprévus et fournir une amorce de financement pour de nouvelles initiatives.
49. Il a été proposé que le fonds du Directeur régional pour le développement ne soit pas utilisé uniquement pour les visites que celui-ci effectue dans les pays.
50. Le Directeur régional a expliqué que les subventions versées pour appuyer des initiatives dans des pays ou répondre à des besoins nationaux ne servaient pas uniquement à financer ses visites dans les pays. Il a remercié les Ministres de ne pas exercer de pression sur lui s'agissant des subventions ou du recrutement.

Développement et direction d'ensemble des programmes

51. Cette partie du document a elle aussi été brièvement présentée par le Dr L. Sambo.
52. Il a souligné dans leurs grands axes les six sous-composantes ci-après et indiqué les crédits affectés à chacune d'elles : préparation et réponse aux situations d'urgence; bases factuelles à l'appui des politiques de santé; politique et promotion de la recherche; Organes directeurs; mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats; enfin, budget et réforme administrative.
53. Les membres du Sous-Comité ont fait les observations suivantes sur cette partie du document :
 - a) Le Bureau régional devrait veiller à ce que tous les pays participent aux activités relevant des opérations d'urgence et de l'action humanitaire (EHA).
 - b) Le montant affecté à EHA a été jugé trop modeste vu l'ampleur des problèmes dans la Région.

-
- c) Le montant affecté à la politique et la promotion de la recherche a été jugé trop modeste compte tenu des besoins; il a été recommandé de mobiliser localement des fonds supplémentaires, en particulier auprès du secteur privé.
54. Le Directeur régional a précisé que l'unité Opérations d'urgence et action humanitaire (EHA) du Bureau régional avait été créée il y a quelques années pour aider les pays dans ce domaine, ajoutant que, si le Bureau régional avait organisé avec tous les pays des réunions à la suite desquelles ils étaient censés désigner des points focaux pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, certains pays ne l'avaient cependant pas encore fait. Il a donc lancé un appel aux membres du Sous-Comité pour qu'ils aident à faire avancer les choses dans leur pays; il a précisé que les Représentants de l'OMS dans les pays avaient reçu pour instructions d'affecter quelques fonds à des situations d'urgence; ils avaient également été autorisés à réaffecter, en cas de situation d'urgence, des fonds prévus pour les pays, en consultation avec les autorités nationales.
55. Il a informé le Sous-Comité que, si les budgets de recherche explicitement indiqués n'étaient pas très substantiels, chaque programme technique (ou domaine d'activité) avait une composante recherche à laquelle des crédits étaient affectés. Il a rappelé au Sous-Comité que le problème du peu d'importance ou de la faible priorité accordés à la recherche concernait surtout les pays qui ne possédaient pas vraiment de culture de la recherche en santé. Mais il est vrai qu'il faut associer le secteur privé au financement de la recherche aux niveaux régional et national.

Division de la lutte contre les maladies transmissibles

56. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a présenté cette section.
57. Il a précisé que, pour la période biennale 2002-2003, les sept domaines d'activité ci-après avaient été retenus pour la Division : surveillance des maladies transmissibles; maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte; recherche et développement pour les maladies transmissibles; paludisme; tuberculose; VIH/SIDA; vaccination et développement des vaccins. Trois domaines recevront une attention particulière, à savoir le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

-
58. Les cadres de mise en oeuvre ont été préparés pour la lutte contre le VIH/SIDA et le projet "Faire reculer le paludisme" et les documents correspondants seront soumis au Comité régional. Il s'agit de donner aux pays un outil pour accélérer la lutte contre les maladies en question et centrer sur ces priorités les crédits du budget ordinaire et les fonds extrabudgétaires durant la période biennale.
 59. L'une des caractéristiques saillantes du budget programme pour la lutte contre les maladies transmissibles est qu'il est centré sur les résultats et précise le rôle du Bureau régional dans la mise en place des capacités nationales de lutte contre ces maladies. Il est en outre vivement recommandé d'instaurer une collaboration et un partenariat avec tous les acteurs de la santé et le budget doit être considéré comme complétant les efforts des pays.
 60. Pour chaque domaine d'activité, on a dégagé les problèmes et les enjeux, les résultats escomptés et les ressources nécessaires à la mise en oeuvre. Le budget total affecté à l'ensemble des secteurs d'activité pour la période biennale s'élève à US \$7 999 000.
 61. Des membres du Sous-Comité se sont inquiétés de la légère diminution du budget de la recherche et du développement des produits pour les maladies transmissibles. Peut-être pourrait-on s'efforcer de mobiliser des fonds localement en Afrique pour combler le déficit.
 62. Certains membres du Sous-Comité ont estimé que le document aurait dû faire mention de la réunion organisée récemment sur le paludisme à Abuja.
 63. Il a été suggéré que les pays soient instamment invités à baisser les prix des moustiquaires et d'autres matériels indispensables à la prévention du paludisme.
 64. Il a été vivement recommandé de demander instamment aux pays de créer une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH/SIDA afin de faire la preuve de leur volonté politique et de leur détermination à résoudre ce grave problème.
 65. On a fait observer que le document avait apparemment omis de souligner l'importance du développement des vaccins.

-
66. Des membres ont noté que, si les journées nationales de vaccination (JNV) avaient été couronnées de succès, la vaccination systématique avait été en revanche oubliée et qu'il fallait donc lui redonner la place voulue. Il faut considérer la mobilisation sociale comme une stratégie capitale pour l'exécution d'un programme de vaccination : en effet, certains pays hésitent à entreprendre des activités de vaccination pour des raisons culturelles.
 67. Des membres ont estimé qu'il fallait renforcer la surveillance des maladies et notamment veiller à ce que la vaccination contre la fièvre jaune soit pratiquée.
 68. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que l'on rechercherait des fonds extrabudgétaires pour se procurer les médicaments dirigés contre les infections opportunistes, que le document révisé ferait mention du Sommet d'Abuja sur le paludisme, que des initiatives africaines pour le développement de vaccins recevaient l'appui du Bureau régional, que l'on s'attaquait au problème du recul de la vaccination de routine, que le Secrétariat approuvait l'idée de demander aux pays de signer la convention cadre pour la lutte anti-tabac et, enfin, que des efforts seraient faits pour renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë.
 69. Le Directeur régional a rappelé combien il était nécessaire que les pays créent une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH/SIDA en lui affectant des montants substantiels pour démontrer leur volonté politique et leur détermination à lutter contre la pandémie. Il a ajouté qu'un mémorandum serait adressé aux Représentants de l'OMS dans les pays pour leur demander de rassembler des informations sur les montants consacrés dans les budgets nationaux à la lutte contre le VIH/SIDA.

Division de la lutte contre les maladies non transmissibles

70. Le Dr M. Belhocine, du Secrétariat, a présenté cette section.
71. Il a fait observer que la Division comprenait sept domaines d'activité : maladies non transmissibles, tabac, nutrition, salubrité des aliments, promotion de la santé, incapacités et traumatismes : prévention et réadaptation, et enfin santé mentale et toxicomanies.
72. Les principales questions et les stratégies d'appui aux pays ont été exposés comme suit :

-
- 1) Maladies non transmissibles : élaborer des politiques et mener des programmes visant à prévenir et combattre les principales maladies non transmissibles en faisant appel à des approches multisectorielles globales et à des interventions rentables.
 - 2) Tabac : mettre au point et appliquer des politiques exhaustives de lutte anti-tabac dans l'esprit de la convention cadre pour la lutte anti-tabac.
 - 3) Nutrition : élaborer un plan d'action national pour la nutrition, l'alimentation du nourrisson, la lutte contre les carences en micronutriments et la nutrition en situation d'urgence.
 - 4) Salubrité des aliments : intégrer une composante salubrité des aliments dans les programmes de développement.
 - 5) Promotion de la santé : consolider les approches participatives et interactives de la promotion de la santé.
 - 6) Incapacités et traumatismes - prévention et réadaptation : réadaptation à base communautaire, mines antipersonnel et cécité.
 - 7) Santé mentale : intégrer les programmes de santé mentale dans les soins de santé primaires et dans les activités à base communautaire.
73. Le Dr Belhocine a ajouté que le budget total affecté à la mise en oeuvre des programmes de la Division s'élevait à US \$6 058 000.
74. Le Sous-Comité a estimé qu'il fallait mieux sensibiliser aux risques que comporte le tabagisme pour la santé et aussi encourager les pays africains à signer la convention cadre pour la lutte anti-tabac.
75. Il faudrait inclure dans les activités d'autres stupéfiants consommés dans la Région et peut-être aussi la question du VIH/SIDA et de l'allaitement au sein en rapport avec l'Initiative pour les Hôpitaux amis des bébés.

-
76. Des inquiétudes ont été exprimées concernant la qualité des aliments, et l'on a souligné la nécessité d'inclure cette question dans le domaine d'activité relatif à la salubrité des aliments. En outre, il faudrait faire mention des maladies d'origine hydrique.
 77. Peut-être le rapport pourrait-il mentionner les résultats de la réunion sur la promotion de la santé tout récemment organisée au Mexique en juin 2000.
 78. Des membres ont fait observer que le montant affecté à la prévention des incapacités et la réadaptation était trop modeste compte tenu des besoins.
 79. On a souligné la nécessité de former et de recruter davantage de physiothérapeutes appelés à travailler dans la communauté.
 80. Le Directeur régional a fait observer que certains pays occidentaux qui, au départ, ne souhaitaient pas s'occuper du problème du tabac s'y étaient maintenant attelés. C'est toutefois un dilemme pour certains pays de la Région, notamment ceux qui tirent du tabac une grande partie de leurs recettes en devises. Il faut rassembler des faits pour pouvoir comparer les bénéfices tirés des exportations du tabac et l'impact négatif du tabagisme sur la santé au plan national pour inciter les gouvernements à prendre des mesures novatrices face au problème.
 81. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que, d'après un rapport qu'il avait reçu, bon nombre des Ministres présents au Mexique à la réunion sur la promotion de la santé avaient eu le sentiment que les discussions ne concernaient pas vraiment l'Afrique. Aussi est-il prévu d'organiser une réunion régionale sur ce sujet à l'avenir.
 82. Il a approuvé la suggestion selon laquelle les jeunes devraient être associés au développement plutôt que d'en être les bénéficiaires passifs, et a dit considérer lui aussi qu'il fallait former et recruter davantage de physiothérapeutes.

Division de la santé de la famille et de la santé reproductive

83. Le Dr B. Nasah, du Secrétariat, a présenté cette section.
84. Il a énuméré les domaines d'activité de la Division, comme suit : santé de l'enfant et de l'adolescent; santé de la reproduction : développement du programme et recherche; pour une maternité à moindre risque; et santé et développement de la femme. Il a mis également en lumière la stratégie générale et les résultats escomptés ainsi que les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.
85. Il a déclaré que l'OMS apporterait son concours aux pays dans l'élaboration et la traduction de leurs stratégies nationales fondées sur la stratégie régionale de la santé reproductive, afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle. En outre, la capacité des pays en matière de maternité à moindre risque serait renforcée en leur assurant les informations nécessaires, un environnement porteur et de bons services de santé.
86. Les partenariats sont de la plus grande importance pour la solution des problèmes de santé reproductive. Les Etats Membres sont invités à mettre en place des cadres d'habilitation juridique et sociale et à formuler des plans et politiques susceptibles de réduire fondamentalement la discrimination contre les femmes, d'améliorer leur statut social et leur santé tout au long du cycle vital.
87. Certains membres ont proposé de faire participer les jeunes au processus des soins de santé plutôt que de ne voir en eux que de simples bénéficiaires.
88. Des éclaircissements ont été demandés quant à la raison pour laquelle la santé de l'enfant et de l'adolescent figure dans deux divisions, à savoir celle de la lutte contre les maladies transmissibles et celle de la santé familiale et de la santé reproductive.
89. Certains membres étaient surpris de ce que le document ne traitait pas de la question des taux élevés de fécondité.
90. Le Directeur régional a expliqué que quand bien même il y aurait un certain recoupement entre divisions, le Directeur de la Gestion du Programme veillait à ce que ce recoupement favorise la complémentarité plutôt que la concurrence.

-
91. S'agissant du contrôle démographique et de la réduction de la fécondité dans la Région, le Directeur régional a reconnu qu'ils étaient nécessaires, mais a estimé qu'en Afrique il ne s'agissait pas tant de chiffres absolus et que le problème résidait davantage dans le fait que la croissance économique marquait le pas par rapport à l'accroissement démographique. Il a ajouté que les projections démographiques pour l'Afrique n'étaient guère sûres, étant donné notamment l'impact du VIH/SIDA sur la population de la Région.

Division des milieux favorables à la santé et du développement durable

92. Le Dr E. Anikpo, du Secrétariat, a présenté cette section.
93. Elle a indiqué que la Division couvrait deux domaines d'activité, à savoir : développement durable, et santé et environnement. Le premier comporte deux grands axes : réduction de la pauvreté, notamment par la santé, et une approche à long terme du développement durable.
94. Le deuxième domaine vise à traiter des questions relatives à l'environnement et à la santé en privilégiant ce qui suit : eau et assainissement; évaluation des risques liés à l'environnement; médecine du travail; et initiative villes-santé.
95. Elle a mentionné ensuite la stratégie générale, les résultats escomptés et le budget affecté à chaque domaine d'activité.
96. Certains membres ont rappelé au Secrétariat que le PNUD et le PNUE ont un avantage comparatif dans les domaines de la réduction de la pauvreté et de l'environnement. Ils ont proposé que la question des soins aux personnes âgées soit traitée et que l'on accorde une large place à la lutte contre la pollution ménagère et industrielle.
97. Le Directeur régional a expliqué que si le PNUD et le PNUE avaient un avantage comparatif pour les questions relatives à l'environnement, les deux organisations s'intéressaient davantage à l'aspect développement de ces questions qu'à l'aspect santé. Par ailleurs, en appuyant les efforts nationaux axés sur le développement, les institutions internationales ne tenaient souvent pas compte des effets nuisibles pour la santé de leurs actions. Pour ces raisons, entre autres, l'OMS avait un rôle important à jouer dans ce domaine.

-
98. Le Directeur régional est convenu que la lutte contre la pollution était importante et que des mesures devaient être prises pour mettre fin au déversement des déchets toxiques dans les pays africains.

Division du développement des systèmes et services de santé

99. Le Dr R. Chatora, du Secrétariat, a présenté cette section.
100. Il a fait remarquer que la Division couvrait trois domaines d'activité, à savoir : médicaments essentiels et politique pharmaceutique; sécurité transfusionnelle et technologie clinique; et organisation des services de santé.
101. Le développement du domaine d'activité lié aux médicaments essentiels et à la politique pharmaceutique se justifie à plusieurs titres : l'accès limité aux médicaments salvateurs; la nécessité d'un accès accru aux médicaments pour les maladies prioritaires telles que le paludisme; et la situation qui ne fait que s'aggraver en ce qui concerne le VIH/SIDA, la tuberculose, etc. Pour ce qui est de la sécurité transfusionnelle et de la technologie clinique, il s'agit de répondre aux besoins exprimés par les pays en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion de la qualité, de fiabilité des services de diagnostic et de sécurité des produits sanguins; le bien-fondé de l'organisation des services de santé découle de la politique de la santé pour tous au 21ème siècle ainsi que du fait que le développement des systèmes de santé a été entravé par divers facteurs.
102. Le Dr Chatora a communiqué ensuite les priorités, les résultats escomptés et les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.
103. Certains membres ont estimé que la question des médicaments contrefaits, des drogues illicites et de la vente illicite de médicaments devait être mentionnée dans le document. En outre, il serait bon de traiter de la question de l'assurance de la qualité des médicaments et des préservatifs.
104. Il a été proposé que l'accès aux médicaments comprenne tous les médicaments essentiels et que l'on envisage une production locale en Afrique, notamment sur une base sous-régionale.
105. Le manque de technologie et le fait qu'il est nécessaire de mettre l'accent sur l'importation, l'utilisation et l'entretien adéquat des technologies cliniques ont été notés.

-
106. Le Directeur régional a souligné la nécessité de contrôler la vente illicite de médicaments ainsi que l'importation de médicaments falsifiés. Il a ajouté que le Bureau régional faisait de son mieux pour ce qui est du contrôle de la qualité des médicaments en appuyant certains laboratoires nationaux de produits sanguins. Le problème toutefois est que les installations qui se trouvent dans certains pays ne sont utilisées que par le pays même et ne servent même pas aux pays voisins.
 107. Il a estimé lui aussi que les pays de la Région devaient prendre davantage au sérieux la question de la production locale de médicaments. Il a rappelé au Sous-Comité que la question avait été soulevée pour la première fois pendant la quarante-cinquième session du Comité régional à Libreville (Gabon). La nécessité d'entreprendre la production sur une base sous-régionale en vue d'économies d'échelle a été soulignée.

Division de l'administration et des finances

- 108 M. B. Chandra, du Secrétariat, a présenté cette section.
109. Il a indiqué les quatre domaines d'activité de la Division, à savoir : gestion et diffusion de l'information sanitaire; ressources humaines; gestion financière; et informatique et infrastructure. Il a mentionné ensuite la stratégie générale, les résultats escomptés et les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.
110. Certains membres ont estimé que la question des arriérés de contribution des Etats Membres devait faire partie du Résumé afin d'attirer l'attention des ministres sur ce problème grave.
111. Le Directeur régional, dans ses remarques générales sur le projet de budget programme, a indiqué que le Bureau régional était doté d'un personnel dévoué, loyal, infatigable et acquis aux principes de la transparence grâce auquel les activités du Bureau régional allaient de l'avant. La méthode employée pour le recrutement des nouveaux membres du personnel ainsi que les encouragements dispensés au personnel déjà en place avait grandement contribué à cette situation.
112. Du fait que les fonds régionaux étaient utilisés de manière transparente et responsable, le rapport d'audit des finances de la Région était positif pour la première fois depuis de nombreuses années, et le financement extrabudgétaire

était passé de US \$36 000 000 à US \$244 000 000 dans l'espace de six ans. Il a invité les membres du Sous-Comité à ne rien négliger pour assurer une utilisation transparente et responsable des ressources financières au niveau des pays.

113. Il a également invité le Sous-Comité à expliquer aux pays qui ne connaissent pas le système de contrôle financier du Bureau régional que celui-ci est essentiel au maintien d'une gestion financière transparente et responsable et qu'il ne s'agit aucunement de congestion bureaucratique induite ni d'avarice de la part du Bureau régional.
114. Le Directeur régional a estimé lui aussi qu'il fallait que les Etats Membres s'acquittent de leurs arriérés de contribution et dit que cette question délicate avait été soulevée à plusieurs reprises. Il a informé le Sous-Comité que la liste des pays pouvait lui être fournie comme l'avaient demandé certains membres et qu'il incomberait alors au Sous-Comité de voir comment utiliser au mieux cette information pour renforcer le paiement des arriérés.
115. Il a conclu en exprimant sa gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Zimbabwe pour avoir non seulement accepté d'accueillir le Bureau régional après qu'il ait été délogé de son Siège à Brazzaville en 1997, mais aussi pour les efforts qui n'ont cessé d'être déployés pour accommoder le personnel de manière confortable, en dépit du fait que les effectifs sont passés de 240 au départ à 350 actuellement. Il a prié les membres de porter ses commentaires à l'attention du Comité régional et les a invités à prendre le temps de faire la tournée du Bâtiment principal ainsi que des nouveaux bureaux sis à Highlands, un des quartiers de Harare.
116. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**PROMOUVOIR LE ROLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE
DANS LES SYSTEMES DE SANTE : STRATEGIE DE LA REGION
AFRICAINNE** (document AFR/RC50/9)

117. Le Dr R. Chatora du Secrétariat a présenté ce document.
118. Il a brièvement expliqué la méthode suivie pour élaborer le document et a ensuite énuméré ses différents chapitres.

-
119. Il a indiqué que compte tenu de l'importance et du potentiel de la médecine traditionnelle et du fait que 80 % des populations rurales vivant dans les pays en développement sont tributaires de la médecine traditionnelle pour leurs besoins en soins de santé primaires, la quarante-neuvième session du Comité régional avait invité le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à élaborer une stratégie régionale complète sur la médecine traditionnelle.
 120. Le document relatif à la stratégie fournit une analyse de la situation de la médecine traditionnelle dans la Région. Il indique que bon nombre de pays doivent encore élaborer et mettre en oeuvre des politiques nationales sur la médecine traditionnelle dans le cadre de leurs politiques de santé nationales; de même, ils n'ont pas encore promulgué de législation ou établi des structures organisationnelles ni rédigé de code d'éthique pour l'exercice de la médecine traditionnelle.
 121. Il a noté que les quatre principes sur lesquels la stratégie est basée, sont le plaidoyer, la reconnaissance par les gouvernements de l'importance de la médecine traditionnelle, son institutionnalisation et la mise en place de partenariats. Les interventions prioritaires proposées consisteront à formuler des politiques, à renforcer les capacités, à promouvoir la recherche et à développer la production locale.
 122. La stratégie fixe les principaux déterminants de la réussite de sa mise en oeuvre, à savoir la volonté politique, la maîtrise de la stratégie, l'élaboration de stratégies spécifiques à chaque pays, la mobilisation des ressources et leur utilisation judicieuse, l'exploitation des résultats de la recherche pour la prise de décisions, la mise en place de partenariats efficaces ainsi que la création d'organes de gestion.
 123. Le Sous-Comité du Programme a été invité à examiner le document et à donner des orientations pour faciliter son adoption en vue de la mise en oeuvre de la stratégie.
 124. Les membres ont félicité le Secrétariat pour avoir, à l'ordre du jour, fait de la médecine traditionnelle une priorité et ont exprimé leur gratitude au Directeur régional et à son équipe pour la clarté, la qualité et la cohérence du document.
 125. Les membres ont ensuite évoqué un certain nombre de questions :

-
- a) il faut préciser davantage l'intégration en raison de divergences dans la compréhension du concept;
 - b) il faudrait que la formation soit bidirectionnelle étant donné qu'il y a beaucoup à apprendre des tradipraticiens; il conviendrait d'établir une alliance entre les praticiens modernes et les tradipraticiens;
 - c) les praticiens modernes doivent reconnaître et respecter la médecine traditionnelle;
 - d) un certain nombre de pays de la Région ont fait des expériences positives en ce qui concerne la médecine traditionnelle, la création d'associations et la réglementation jusqu'à un certain niveau; l'OMS devrait, par conséquent, faciliter la collaboration entre les pays et le partage de l'information;
 - e) il faut créer des institutions de formation pour les tradipraticiens comme cela est fait en Chine et au Japon; la formation pourrait être menée par des tradipraticiens qualifiés et compétents;
 - f) les droits de propriété des tradipraticiens doivent être protégés;
 - g) les plantes médicinales et les pratiques traditionnelles sont en train de disparaître;
 - h) il faut associer la démystification de la médecine traditionnelle à la diffusion de l'information à la clientèle;
 - i) une distinction doit être faite entre les dispensateurs qualifiés de remèdes traditionnels et les imposteurs (charlatans) afin de garantir une intégration menée à bien;
 - j) il faut préciser la terminologie, notamment, dans la version française, en marquant la différence entre "pharmacopée traditionnelle" et "médecine traditionnelle";
 - k) il faut vérifier l'efficacité des herbes médicinales par la recherche;

-
- l) un plaidoyer est nécessaire en faveur d'une acceptation mutuelle de la médecine traditionnelle;
 - m) on reconnaît le rôle des accoucheuses traditionnelles et la nécessité de poursuivre leur formation pour faire en sorte que leurs pratiques soient plus hygiéniques et plus sûres;
 - n) dans tout ce que l'on fait en matière de médecine traditionnelle, il faut tenir compte de la confiance accordée aux tradipraticiens par les populations qu'ils desservent.

126. Les membres du Sous-Comité ont, en outre, proposé les modifications ou additions suivantes dans diverses parties du document :

- a) au paragraphe 4, trouver un meilleur terme pour remplacer "délicate" et ajouter "protéger les droits de propriété des populations autochtones détentrices des matières ou substances";
- b) dans l'analyse de la situation (paragraphe 6 à 10), ajouter un paragraphe pour saisir certains aspects de la situation actuelle, qui manquent dans le document;
- c) au paragraphe 12, ajouter "Promouvoir la culture et l'entretien des plantes médicinales" comme objectif (e);
- d) au paragraphe 14, mettre en relief le problème des imposteurs (charlatans);
- e) au paragraphe 16, dans la première phrase ajouter "et promouvoir les contacts" après "collaborer" et ajouter "le Ministère de la Santé devrait également faciliter une collaboration efficace entre les tradipraticiens et les praticiens conventionnels";
- f) au paragraphe 31, ajouter un autre déterminant, à savoir "l'assurance de non exploitation" devant "l'exploitation des résultats de la recherche";

-
127. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité de ses commentaires et suggestions dont bonne note a été prise pour suite à donner.
 128. Le Secrétariat a également noté la nécessité de documenter ce que l'on a appris des accoucheuses traditionnelles sous forme de "meilleures pratiques".
 129. Le Directeur régional a reconnu et souligné le fait que la médecine traditionnelle existe en Afrique depuis le début et qu'elle continuerait d'être une source importante de soins de santé en Afrique. C'est dans ce contexte qu'une réunion interpays pour tradipraticiens a été organisée cette année à Harare pour partager des idées et des expériences.
 130. Il a indiqué qu'il est nécessaire d'encourager les différentes catégories de tradipraticiens à constituer des associations pour faciliter la réglementation de leur profession.
 131. Il a fait savoir au Sous-Comité qu'une formation aux techniques d'hygiène et d'asepsie à l'intention des accoucheuses traditionnelles était en cours au titre d'une initiative conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.
 132. Il a conclu en indiquant que la médecine traditionnelle est une des richesses de l'Afrique et qu'il faut son utilisation.
 133. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 6).

MALADIES NON TRANSMISSIBLES : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC50/10)

134. Le Dr M. Belhocine, du Secrétariat, a présenté le document.
135. Il a indiqué que le document présente les tendances prévues de la morbidité et de la mortalité au cours des vingt prochaines années, insistant sur le fait qu'au cours de cette période, la charge de morbidité et de mortalité imputable aux maladies non transmissibles (MNT) serait au moins égale, sinon supérieure, à celle des maladies transmissibles.

-
136. Le document contient une analyse de la situation des MNT, effectuée d'une façon systémique qui tient compte de l'impact du vieillissement de la population, de l'évolution des modes de vie et des insuffisances actuelles des services de santé de la plupart des Etats Membres en matière de lutte contre les MNT.
137. Il a relevé la nécessité d'élargir la base factuelle au niveau des pays, de telle sorte que l'on puisse s'en servir comme instrument de plaidoyer et aussi de développement des ressources humaines et des systèmes d'information. Les deux principes fondamentaux suivants ont été soulignés :
- a) articuler une approche sectorielle large et intégrée autour des processus en cours (réponse du secteur sanitaire, systèmes d'information, systèmes de surveillance, etc.);
 - b) recourir à une approche multisectorielle pour promouvoir des styles de vie favorables à la santé.
138. Il a souligné que le cadre de mise en oeuvre a défini certaines des approches qui seraient de nature à faciliter l'adoption et l'appropriation de la stratégie par les pays, en tenant compte de leurs spécificités. Il a été recommandé d'adopter une approche communautaire pour la promotion et la prévention, ainsi que d'obtenir la participation de tous les partenaires du développement.
139. Il a conclu en rappelant la dualité de la charge de morbidité dans la Région africaine, et a instamment demandé aux pays et à l'OMS d'y apporter une réponse appropriée.
140. Le Sous-Comité s'est félicité de la qualité et de la clarté du document, rendant hommage au Directeur régional et à son équipe pour un aussi bon travail.
141. Des membres ont convenu que le Bureau régional présentait cette stratégie à point nommé en ce sens qu'elle comble une lacune dont certains pays ont déjà fait l'expérience par suite de l'émergence des maladies transmissibles, notamment du diabète et de l'hypertension, ainsi que des facteurs de risque qui leur sont associés (tabagisme, alcoolisme, obésité, modes de vie sédentaires, etc.) et qui prennent des proportions quasi épidémiques.

142. Un long débat s'est engagé sur les différents facteurs de risque qui alimentent la montée de l'épidémie de MNT dans la Région, au cours duquel on a insisté sur certains facteurs de risque qui, sans être mentionnés dans le document, n'en sont pas moins importants, à savoir :

- a) divers produits chimiques, tant industriels qu'agricoles, utilisés sans mesures de protection pour ceux qui les manipulent;
- b) l'écoulement dans la Région de voitures à bon marché qui ne satisfont pas aux strictes normes anti-pollution des pays du Nord;
- c) la violence domestique, qui peut provoquer des MNT telles que l'hypertension;
- d) l'implication de professionnels de la santé dans les commissions des accidents de la route;
- e) la prise en charge à long terme de certaines MNT et le problème de l'observance par le malade;
- f) l'importation de produits alimentaires alors qu'on ne dispose pas de moyens suffisants de contrôle de la qualité.

143. L'importance des données en tant que moyen de plaidoyer a été soulignée. Le Comité a demandé que le Bureau régional recueille les données pertinentes afin d'informer les autorités des pays mais aussi le personnel des médias qui joue un rôle fondamental dans l'éducation du public.

144. Des membres ont également fait part des interrogations et des préoccupations suivantes :

- a) la transition épidémiologique qui s'opère actuellement dans la plupart des Etats Membres et la nécessité de se montrer dynamique;
- b) l'élévation des niveaux de pollution (chimique, industrielle, due aux gaz d'échappement) et ses effets sur la santé humaine;

-
- c) la nécessité pour les ministères de la santé de se doter de départements ou de services chargés de s'occuper des MNT et de leur fournir les ressources nécessaires;
 - d) le besoin de données sur les MNT permettant de formuler des messages d'information et d'éducation et de promotion de la santé;
 - e) la nécessité pour l'Afrique de proclamer et d'observer une décennie de la lutte antitabac, en s'attachant tout particulièrement à la jeunesse;
 - f) l'importance du rôle des médias en matière de sensibilisation du public et d'incitation à l'observance du traitement des maladies chroniques;
 - g) l'insuffisance des moyens permettant de surveiller les concentrations d'additifs dans les aliments importés et leurs effets sur la santé.

145. Il a été proposé d'apporter les modifications/ajouts suivants aux documents :

- a) au paragraphe 20, ajouter "et en prenant des mesures d'intervention appropriées (conseil génétique, par exemple)" après "des peuples de la Région africaine";
- b) au paragraphe 21, ajouter "d'améliorer la capacité des formations sanitaires de s'occuper des maladies non transmissibles";
- c) le paragraphe 26 devrait se lire ainsi : "Les groupes sociaux défavorisés ou marginalisés qui sont les plus durement touchés..."

146. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité de ses observations et suggestions et a assuré les membres que celles-ci ont été notées et seraient intégrées en conséquence.

147. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, s'est associé aux préoccupations formulées par les membres et les a assuré que le Bureau régional était d'autant plus décidé à agir que les maladies non transmissibles posent toutes sortes de problèmes de santé auxquels les pays n'ont pas encore accordé le rang de priorité

voulu. Il a déclaré que les inconvénients causés par les maladies liées au tabagisme et leurs conséquences seraient de loin supérieurs aux recettes perçues par les pays. Il a enfin rappelé aux membres la nécessité de prendre au sérieux le problème des MNT.

148. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à présenter au Comité régional pour examen et adoption.

STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : CADRE DE MISE EN OEUVRE (document AFR/RC50/11)

149. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a présenté le document.
150. Il a résumé la structure du document et en a brièvement décrit les différentes sections.
151. Il a ensuite rappelé que la résolution AFR/RC46/R8 sur la Stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA adoptée en 1996 a réaffirmé le rôle majeur que joue le secteur de la santé dans toute riposte nationale multisectorielle contre l'épidémie de VIH/SIDA. La situation du VIH/SIDA a continué à se détériorer à tel point que 24,5 millions des 34 millions de personnes infectées par le VIH se trouvent dans la Région africaine. Le SIDA est désormais la première cause de décès et l'espérance de vie est tombée à environ 35 ans dans les pays gravement touchés.
152. Le cadre proposé fournit des orientations aux Etats Membres sur les moyens d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA dont les principales orientations sont les suivantes : plaidoyer, surveillance épidémiologique, services de soins et de soutien psychologique, sécurité transfusionnelle, prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles et promotion de la santé des jeunes, des femmes et d'autres groupes vulnérables.
153. Il a fait remarquer qu'au nombre des principes directeurs du cadre de mise en oeuvre figuraient l'appropriation du processus de mise en oeuvre, le renforcement des capacités nationales, le fait d'assurer la durabilité, la promotion

de l'équité et de la solidarité dans la prestation des services, le renforcement de l'intégration au niveau opérationnel et la mise en place de partenariats entre les différents acteurs.

154. A côté des principales orientations de la stratégie régionale, les interventions proposées comprennent l'amélioration de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA et les infections opportunistes, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'amélioration de l'accès aux tests de dépistage volontaire assortis de conseils ainsi que le renforcement des systèmes de santé en tant que vecteur de la prestation des interventions.
155. Il a fait observer que les pays devraient assurer la direction de la riposte nationale et manifester leur volonté politique en allouant des ressources financières accrues et en élargissant leur champ d'action. L'OMS accordera un appui technique aux pays, les aidera à mobiliser des ressources, à documenter et diffuser les meilleures pratiques dans le cadre de l'action de l'ensemble du système des Nations Unies et du Partenariat international contre le VIH/SIDA en Afrique.
156. Il a indiqué que le document n'avait pas intégré les nouvelles données communiquées au cours de la récente réunion sur le SIDA tenue à Durban en Afrique du Sud.
157. Le Sous-Comité du Programme a été invité à revoir le document et à donner les orientations nécessaires pour son adoption et pour sa mise en oeuvre accélérée.
158. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour avoir produit un document de cette qualité. Certains membres ont souligné la gravité de la situation du VIH dans la Région et son impact négatif sur le développement, étant donné que les personnes les plus touchées appartiennent à la tranche d'âge économiquement active.
159. Ils ont fait remarquer que le désespoir et l'apathie avaient gagné certains pays et que le document devrait rappeler aux dirigeants qu'ils feraient bien de renouveler leur engagement et d'intensifier leur riposte. Le déni et les jugements réprobateurs qui caractérisaient la réaction de la plupart des pays par le passé devaient donc être abandonnés et il fallait faire preuve d'engagement politique et d'ouverture dans la lutte contre l'épidémie.

-
160. L'importance de la prévention primaire a été soulignée. Il devrait notamment s'agir de sensibiliser le public, de faire adopter de nouvelles normes morales et d'encourager l'abstinence, de retarder le début de l'activité sexuelle et de promouvoir la fidélité au sein du couple. Il a été proposé de retourner aux traditions africaines comportant des règles en matière de comportement sexuel.
 161. Il faudrait ajouter aux interventions types proposées des solutions et ripostes africaines autochtones et novatrices. Les comportements dans les sociétés qui ont réussi à endiguer la propagation du VIH devraient être étudiés, et il faudrait intégrer dans les stratégies la prévention de l'usage ou de l'abus d'alcool.
 162. On a souligné l'importance de l'accès aux soins et aux médicaments. Il faudrait insister davantage sur les soins à domicile, en veillant notamment à en garantir la qualité. L'appui aux agents de santé, aux conseillers et aux soignants dans la famille, qui sont physiquement et psychologiquement mis à rude épreuve, doit être mis en relief.
 163. L'accent a été mis sur le rôle des femmes dans la prestation des soins et sur la charge que cela représente pour elles. Le Comité régional devrait assurer le suivi des discussions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur la baisse du prix des antirétroviraux en prenant le pouls de la situation et en sondant les ministres de la santé à ce sujet.
 164. On a souligné la nécessité d'assurer la prévention du VIH et les soins aux malades dans les pays touchés par des conflits ou des situations d'urgence complexes.
 165. Il est apparu que les données sur le VIH/SIDA devaient être actualisées : sur les 34,3 millions d'adultes et d'enfants dont on estime qu'ils vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 1999 dans le monde, 24,5 millions (soit 71 %) se trouvaient en Afrique sub-saharienne.
 166. La déclaration faisant du VIH/SIDA une catastrophe nationale appelant une riposte accélérée dans certains pays a été jugée insuffisante. Ces pays doivent déclarer l'état d'urgence et mettre en place une riposte qui soit à la hauteur de cette déclaration. Le document devrait proposer les mesures à prendre dans le cadre de la programmation d'urgence.

-
167. Le Sous-Comité du Programme a suggéré d'inclure dans la stratégie les interventions suivantes :
- a) production de médicaments essentiels moins coûteux;
 - b) conduite de travaux de recherche biomédicale fondamentale par des chercheurs africains, qui se concentreront sur la mise au point et l'essai de vaccins et de médicaments, ce qui garantira que la Région maîtrise cette recherche et en bénéficie;
 - c) prestation de services pour les réseaux et l'action de conseil de groupe, étant donné qu'il est difficile de donner des conseils individuels là où les ressources manquent.
168. Il a été proposé de substituer au titre Interventions prioritaires et rentables celui d'Interventions prioritaires étant donné que certaines des grandes interventions énumérées (prévention de la transmission mère-enfant, conseils et dépistage volontaires ainsi qu'information et éducation) sont relativement coûteuses.
169. Il faut forger une vision nouvelle sur laquelle s'articulera le rôle de l'OMS, en insistant sur le leadership, sur l'accès aux ressources et sur l'appui aux actions menées dans les pays. Il faudrait examiner soigneusement la question de l'accès de l'OMS aux fonds disponibles dans le cadre de l'ONUSIDA. La référence aux groupes thématiques devrait être explicitée et il faudrait donc parler de Groupes thématiques des Nations Unies pour le VIH/SIDA.
170. Le Directeur régional a remercié le Sous-Comité de ses observations, qui ont permis d'enrichir le document. Il l'a assuré qu'elles seraient toutes incorporées dans le rapport.
171. Il a mis en exergue six domaines d'intervention qui se sont dégagés des débats de la XIIIème Conférence sur le VIH/SIDA, tenue à Durban (Afrique du Sud) en juillet 2000 :
- a) les moyens de faire face au problème du déni;
 - b) la prévention, notamment en mettant l'accent sur l'abstinence et la fidélité ainsi que sur l'utilisation du préservatif;

-
- c) le traitement des infections sexuellement transmissibles;
 - d) la sécurité transfusionnelle;
 - e) les soins et le traitement des infections opportunistes, y compris la mise au point et la fourniture de nécessaires pour les soins à domicile;
 - f) les moyens d'abaisser le prix des antirétroviraux et d'en améliorer l'accès.

Les autres interventions à envisager sont la recherche sur les vaccins et la prévention de la transmission mère-enfant. On insistera tout particulièrement sur l'appui aux soignants.

- 172. Le Directeur régional a souligné qu'il était important que les ministres revoient la situation et donnent des orientations claires sur le rôle que doit jouer l'OMS, comme l'a suggéré le Sous-Comité.
- 173. Le Directeur, Prévention des Maladies transmissibles, après avoir remercié le Sous-Comité de son précieux concours, a souligné l'importance de la riposte du Directeur régional, notamment de l'accent mis sur la prévention. Il a ajouté que les paragraphes 19, 23, 26 et 27 du document seraient actualisés compte tenu des nouvelles informations communiquées à la réunion de Durban.
- 174. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**FAIRE RECULER LE PALUDISME DANS LA REGION AFRICAINE :
CADRE DE MISE EN OEUVRE (document AFR/RC50/12)**

- 175. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a présenté le document.
- 176. Il a rappelé au Sous-Comité que, dans la Région africaine, le paludisme reste une maladie d'importance majeure en santé publique. On recense 270 à 480 millions de cas et plus d'un million de décès chaque année, dont 80 % chez des enfants de moins de cinq ans. La perte annuelle s'élève à US \$ 12 milliards, les familles dépensant parfois jusqu'à 25 % de leur revenu mensuel pour prévenir et traiter le paludisme.

-
177. Il a rappelé que Faire reculer le paludisme (RBM) était un projet lancé par le Directeur général en juillet 1998 qui vise à lutter contre le paludisme en Afrique afin de contribuer à son développement sanitaire et socio-économique.
178. Il a ensuite énuméré les différentes sections du document et les a successivement décrites.
179. Les stratégies de mise en oeuvre de RBM se fondent sur les actions suivantes :
- a) édifier et renforcer les partenariats;
 - b) améliorer la couverture des interventions techniques d'un bon rapport coût-efficacité;
 - c) contribuer à la réforme du secteur sanitaire;
 - d) renforcer les systèmes d'information sanitaire et de recherche;
 - e) renforcer la participation communautaire; et
 - f) intégrer les activités de lutte antipaludique aux soins de santé primaires.
180. La mise en oeuvre s'effectuera en quatre phases :
- a) phase d'introduction : 2000-2005
 - b) phase de mise en oeuvre et d'expansion : 2006-2015
 - c) phase de consolidation : 2016-2025
 - d) phase de maintien des acquis : 2026-2030.
181. Il a fait observer que le document proposait un cadre et une orientation pour la mise en oeuvre du projet RBM dans la Région, et notamment du rôle à impartir aux pays, à l'OMS et aux partenaires.

-
182. Il a conclu en proposant dans le document la correction suivante : au paragraphe 8, ajouter un nouveau alinéa b) rédigé comme suit : “améliorer l'accessibilité et la qualité des soins au niveau de la formation sanitaire”.
183. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur gratitude pour le document et évoqué les problèmes et sujets de préoccupation suivants :
- a) Le coût et l'accessibilité des matériaux imprégnés d'insecticide.
 - b) La nécessité de réfléchir davantage sur la politique pharmaceutique, la recherche et l'accessibilité de médicaments de remplacement par suite de l'accroissement de la pharmacorésistance sur le continent.
 - c) Le coût croissant de la lutte antivectorielle, par exemple, la pulvérisation.
 - d) La reconnaissance du fait qu'une lutte antipaludique efficace nécessiterait une approche multisectorielle avec les ministères de la santé faisant preuve de dynamisme en s'adressant aux autres ministères pour définir leur rôle dans la lutte antipaludique.
 - e) Il se pourrait que l'hypothèse du document selon laquelle la plupart des pays africains ont des systèmes de santé comparables, ne soit pas plausible et partant, les cibles basées sur cette hypothèse pourraient être irréalistes. En conséquence, si les matériaux imprégnés d'insecticide devaient être fournis par l'intermédiaire du système de santé, le cadre pour la mise en oeuvre de la RBM devrait alors prendre acte de cette disparité de même que des questions de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité sociale et culturelle.
 - f) Les résultats du Sommet d'Abuja sur le paludisme qui n'ont pas été inclus dans le document.
 - g) La mise en place de mécanismes pour le traitement des déchets domestiques, notamment dans les villes.
184. En outre, le Sous-Comité du Programme a recommandé les modifications et ajouts suivants :

-
- a) les paragraphes 1 et 5 du Résumé devraient être reformulés et, au paragraphe 4, il conviendrait de remplacer “les populations défavorisées et marginalisées” par “les groupes défavorisés et marginalisés”;
 - b) au paragraphe 4 du document, mettre en forme le texte et, à la quatrième phrase, insérer “au travail et à l'école” après “absentéisme”;
 - c) au paragraphe 5, insérer “paludisme dans les populations de réfugiés”;
 - d) au paragraphe 11, remplacer “moustiquaires imprégnées d'insecticide” par “matériaux imprégnés d'insecticide”;
 - e) les cibles du projet RBM devraient prendre 2000 comme année de référence, et les mesures à long terme telles que la lutte antivectorielle devraient devenir l'une des cibles;
 - f) au paragraphe 12, ajouter “l'installation de mécanismes de nature à faciliter la collaboration entre pays limitrophes dans la mise en oeuvre des activités de lutte antipaludique”;
 - g) au paragraphe 17, insérer : “des méthodes de lutte antivectorielle, par exemple des interventions de salubrité de l'environnement”;
 - h) à l'alinéa 17 d), insérer : “la recherche sur la sensibilité aux antipaludiques” et “la recherche sur les pesticides biodégradables”;
 - i) au paragraphe 21, ajouter un alinéa g) : “création et renforcement de partenariats au niveau des pays”.
185. Des membres ont proposé que l'OMS plaide pour la levée de l'interdiction d'utiliser le DDT et que les initiatives PCIME et RBM soient fusionnées.
186. Le Sous-Comité a reçu les éclaircissements qu'il avait demandés au Secrétariat.

-
187. Dans sa réponse, le Directeur régional a cité un certain nombre de facteurs responsables de la résurgence du paludisme : aggravation de la pauvreté, effets des programmes d'ajustement structurel, augmentation du coût des pesticides, plus grande mobilité des populations, industrialisation et changements dans l'environnement.
 188. Il a reconnu que l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticides n'était pas encore généralisée et qu'elle continuait de poser des problèmes, tout comme le coût des pesticides.
 189. Il a déclaré que l'OMS, en collaboration avec les Etats Membres, étudiait la possibilité d'utiliser aussi des plantes médicinales pour lutter contre la maladie. Certes, il n'existe pas encore de vaccin, mais l'OMS et certains Etats Membres, comme la Gambie, la Tanzanie et le Ghana, unissent leurs efforts pour en mettre un au point.
 190. Le Directeur régional a confirmé que le Secrétariat mentionnerait les résultats du Sommet d'Abuja sur le paludisme dans le rapport et il a souligné les problèmes posés par la lutte antipaludique dans les populations de réfugiés.
 191. Il a fait observer que, compte tenu des connaissances actuelles et des moyens disponibles, l'analyse de la situation montre que l'éradication ne peut être raisonnablement envisagée pour le moment. En revanche, il faudrait faire porter le maximum d'efforts sur la lutte et peut-être l'élimination.
 192. Il a souligné que, dans l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, on devrait accorder la priorité aux mères et aux enfants, puisque la mortalité imputable au paludisme est plus élevée au sein de ce groupe. Il a également soutenu la proposition d'une collaboration sous-régionale entre les pays.
 193. Il a déclaré que des interventions étaient en cours dans le domaine des pesticides biodégradables et des méthodes biologiques, par exemple l'utilisation de poissons pour dévorer les larves de moustiques et de pesticides dérivés de remèdes traditionnels africains. Il a indiqué que le problème du DDT avait été discuté au cours de la quarante-neuvième session du Comité régional et que l'équipe spéciale qui avait été créée avait signalé que si le DDT était utilisé correctement pour

lutter uniquement contre le paludisme (et non pas pour l'agriculture), cela ne devrait pas nuire à l'environnement. Toutefois, on poursuivra les recherches pour trouver un substitut au DDT, afin d'éliminer progressivement ce produit.

194. Pour finir, il a assuré le Sous-Comité du Programme que le problème de la maîtrise de l'environnement serait inclus dans le document.
195. Le Directeur de la Division de la lutte contre les maladies transmissibles a confirmé que la synergie entre la mise en oeuvre de la PCIME et du programme de lutte contre le paludisme se maintiendrait et que les indicateurs seraient revus. Le Conseiller régional du programme de lutte contre le paludisme a expliqué les différentes méthodologies utilisées pour déterminer le seuil épidémique.
196. Le Sous-Comité a élaboré un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

(document AFR/RC50/4)

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

ATTRIBUTION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL

198. Le Sous-Comité du Programme a convenu que son Président, le Dr H. Attas, présenterait l'ensemble du rapport au Comité régional et, au cas où il ne serait pas en mesure de participer au Comité régional, le Vice-Président, le Dr J. Zinsou Amegnigan, présenterait le rapport.

CLOTURE DE LA REUNION

199. Le Président a informé les participants que l'Algérie, la Tanzanie, le Togo, la Zambie et le Zimbabwe étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme.
200. Il a remercié les membres de l'avoir élu Président en son absence et a exprimé sa gratitude au Directeur régional et au Secrétariat pour leur appui au cours de la réunion.
201. Il a enfin remercié les interprètes pour le bon travail accompli.
202. Le Directeur régional a félicité les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs orientations qui ont grandement contribué à améliorer la qualité des documents. Il les a particulièrement remerciés d'avoir trouvé le temps de visiter le Bureau régional pour voir exactement dans quelles conditions travaille le Secrétariat.
203. En ce qui concerne le retour du Bureau régional à Brazzaville, le Directeur régional a noté que :
 - Le Gouvernement de la République du Zimbabwe fait tout ce qui est en son pouvoir pour mettre le personnel à l'aise. Il vient d'attribuer au Bureau régional l'ancienne résidence et le bureau autrefois occupé par le Gouverneur général à l'époque coloniale, en guise de locaux supplémentaires à usage de bureaux; ces locaux sont actuellement en cours de rénovation aux frais de l'Etat.
 - Le Ministre de la Santé de la Namibie (Président de la quarante-neuvième session du Comité régional) et le Ministre de la Santé du Bénin, accompagnés du Directeur de l'Administration et des Finances et de quelques autres membres du Secrétariat, se rendront à Brazzaville pour évaluer les progrès accomplis dans la remise en état des locaux de l'OMS et en faire rapport à la cinquantième session du Comité.

-
- A la suite de cette mission, les membres de la délégation donneront leur avis au Comité régional en tenant dûment compte du fait que les membres du Secrétariat et leurs familles ont besoin d'un niveau raisonnable de confort et de sécurité pour travailler dans des conditions optimales.

204. Il a enfin remercié les interprètes pour leur bonne compréhension et félicité le personnel pour le dur travail accompli.

205. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

Appendice 1 : LISTE DES PARICIPANTS

1. ETATS MEMBRES DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

ALGERIE

Dr Djamel Laraba
Conseiller chargé des Relations
internationales au Ministère de la Santé et
de la Population

ANGOLA

Dr Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Intercâmbio Internacional
Ministério da Saúde

BENIN

Dr Jonathan Zinsou Amegnigan
Directeur national de la Protection sanitaire

BOTSWANA

Dr Winnie Gasefele Manyeneng
Assistant Director/Primary Health Care

BURKINA FASO

Dr Jean Marie Yameogo
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé

BURUNDI

Dr Louis Mboneko
Inspecteur général de la Santé publique

CAMEROUN

Dr Cécile Bomba Mkolo
Chef de Division de la Coopération
Ministère de la Santé publique

REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE

Dr Ali A. Mzige
Director, Preventive Services
Ministry of Health

Dr Hassan A. Attas
Director-General
Ministry of Health (Zanzibar)

TOGO

Dr Kossi Bawè Narafei
Directeur des Etablissements de Soins

OUGANDA

Dr Alex Opio
Ag. Commissioner for Health Services
Ministry of Health

ZAMBIE

Mr Vincent Musowe
Director of Planning and Development

ZIMBABWE

Dr P.L.N. Sikosana
Secretary for Health & Child Welfare
Ministry of Health

**2. MEMBRES DU CONSEIL
EXECUTIF**

TCHAD

Dr Mbaiong Malloum Eloi (1999-2002)
Directeur général adjoint du Ministère de
la Santé publique

COMORES

Dr Mbaé Toyb (1999-2002)
Directeur général de la Santé

3. PRÉSIDENT, CCARDS

Dr Beyene Petros

Appendice 2 : PROGRAMME DE TRAVAIL

1ER JOUR : Lundi, 24 juillet 2000

1ère Séance	Examen des points 1, 2, 3 de l'ordre du jour
10 h 00 - 10 h 10	Point 1 de l'ordre du jour : Ouverture de la session
10 h 10 - 10 h 20	Point 2 de l'ordre du jour : Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10 h 20 - 10 h 30	Point 3 de l'ordre du jour : Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC50/18 Rév.1)
10 h 30 - 11 h 00	Pause-café
2ème Séance	Examen du point 4 de l'ordre du jour
11 h 00 - 12 h 30	Point 4 de l'ordre du jour : Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020 (document AFR/RC50/8 Rév. 1)
12 h 30 - 14 h 00	Pause-déjeuner
14 h 00 - 15 h 30	Point 4 de l'ordre du jour (suite)
15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
16 h 00 - 17 h 00	Point 4 de l'ordre du jour (suite)

2ème JOUR : Mardi 25 juillet 2000

3ème Séance	Examen du point 5 de l'ordre du jour
--------------------	---

9 h 00 - 10 h 30	Point 5 de l'ordre du jour Budget Programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)
10 h 30 - 11 h 00	Pause-café
11 h 00 - 12 h 30	Point 5 de l'ordre du jour (suite)
12 h 30 - 14 h 00	Pause-déjeuner
4ème Séance	Examen du point 5 de l'ordre du jour
14 h 00 - 15 h 30	Point 5 de l'ordre du jour (suite)
15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
16 h 00 - 17 h 00	Point 5 de l'ordre du jour (suite)

3ème JOUR : Mercredi 26 juillet 2000

5ème Séance	Examen du point 6 de l'ordre du jour
9 h 00 - 10 h 30	Point 6 de l'ordre du jour Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)
10 h 30 - 11 h 00	Pause-café
11 h 00 - 12 h 30	Point 6 de l'ordre du jour (suite)
12 h 30 - 14 h 00	Pause-déjeuner
6ème Séance	Examen du point 7 de l'ordre du jour

14 h 00 - 15 h 30	Point 7 de l'ordre du jour Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)
-------------------	--

15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
-------------------	------------

16 h 00 - 17 h 30	Point 7 de l'ordre du jour (suite)
-------------------	---

4ème JOUR : Jeudi 27 juillet 2000

7ème Séance Examen du point 8 de l'ordre du jour

9 h 00 - 10 h 30	Point 8 de l'ordre du jour Stratégie de lutte contre le VIH/ SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)
------------------	---

10 h 30 - 11 h 00	Pause-café
-------------------	------------

11 h 00 - 12 h 30	Point 8 de l'ordre du jour (suite)
-------------------	---

12 h 30 - 14 h 00	Pause-déjeuner
-------------------	----------------

8ème Séance Examen du point 9 de l'ordre du jour

14 h 00 - 15 h 30	Point 9 de l'ordre du jour Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)
-------------------	---

15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
-------------------	------------

16 h 00 - 17 h 30	Point 9 de l'ordre du jour (suite)
-------------------	---

5ème JOUR : Vendredi 28 juillet 2000

Matinée	Finalisation du rapport
---------	-------------------------

9ème Séance

Examen des points 10, 11, 12 de l'ordre du jour

15 h 00

Attribution des responsabilités pour la présentation
du rapport du Sous-Comité du Programme au
Comité régional

Clôture de la session.

Appendice 3 : ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC50/18 Rév. 1)
4. Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020 (document AFR/RC50/8 Rév. 1)
5. Budget programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)
6. Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)
7. Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)
8. Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)
9. Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)
10. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (AFR/RC50/4)
11. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
12. Clôture de la session.

ANNEXE 4 : RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES : REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE DANS LA REGION AFRICAINE : UN DEFI POUR LE 21^{ème} SIÈCLE

INTRODUCTION

1. Les Discussions techniques se sont déroulées à Ouagadougou (Burkina Faso) le 31 août 2000 durant la cinquantième session du Comité régional. Les représentants des Etats Membres ont participé à ces discussions. Le Bureau était composé comme suit :

Président : Professeur Kelsey Atangamuerimo Harrison (Nigéria)

Vice-Président : Professeur Maria do Rosario de Fatima Madeira Rita (Angola)

2. La liste des participants figure à l'Appendice.
3. Après les remarques liminaires du Professeur B. Nasah, Coordonnateur de la Division de la Santé de la Famille et de la Santé reproductive, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Président, le Professeur Kelsey Atangamuerimo Harrison, a présenté le document de travail (AFR/RC50/TD1).
4. Le Professeur Kelsey Atangamuerino Harrison a expliqué en s'aidant d'une série de diapositives que, dans la Région africaine, la mortalité maternelle moyenne - 870 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes - était la plus élevée au monde.
5. Parmi les causes déterminantes de cette situation dramatique figurent la précarité de la situation sanitaire, eu égard notamment au VIH/SIDA, la crise économique, la pauvreté et des taux d'alphabétisation qui restent très bas et, enfin, les effets dévastateurs des catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme ainsi que des guerres et des troubles civils. Le rapport présente ensuite un aperçu des stratégies à envisager pour réduire la mortalité maternelle, en s'attachant en particulier aux principes fondamentaux qui devraient être à la base des programmes pour la maternité sans risque, à l'importance primordiale d'un système de soins fonctionnant bien qui puisse assurer des soins de qualité à tous les niveaux et intégrer de bons systèmes d'orientation - recours, à la nécessité de

veiller à ce que les femmes aient accès à des services de prévention des grossesses non prévues et à des soins professionnels pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, y compris l'accès à des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications et, enfin, à la nécessité de renforcer la participation de la communauté à la mise au point, l'exécution et l'évaluation des programmes.

6. Le Professeur Harrison a attiré l'attention sur la forte mortalité maternelle parmi les "urgences non programmées", c'est-à-dire les femmes qui n'ont pas bénéficié de soins prénatals appropriés et qui arrivent à l'hôpital avec des complications graves. Sur la base d'une enquête sur les naissances en milieu hospitalier qu'il a menée à Zaria (Nigéria) pendant la période 1976-1979, il a révélé que le rapport de mortalité maternelle (c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) était de 2884 parmi ces femmes, soit un chiffre environ 70 fois plus élevé que pour les femmes ayant bénéficié de soins prénatals et restées en bonne santé pendant leur grossesse (rapport de mortalité maternelle de 44). Ce chiffre illustre entre autres l'importance des soins prénatals dans le dépistage des complications (et l'orientation rapide vers les services compétents). De toute évidence, les soins prénatals ne sauraient être efficaces que s'ils sont appuyés par des structures bien organisées et bien équipées pour la prise en charge des complications.
7. La pauvreté, l'absence d'éducation formelle et un faible PNB sont apparus comme les principaux facteurs indirectement responsables de la mortalité maternelle. Pour conclure, le Professeur Harrison a encouragé les participants à la réunion à envisager les choses de façon positive et a mis en garde contre le fatalisme. La réduction de la mortalité (et de la morbidité) maternelle est bien sûr un défi mais il y a plusieurs exemples très nets de pays, y compris en Afrique, qui ont réussi à faire reculer leur taux de morbidité maternelle.

ORGANISATION DES TRAVAUX

8. Le Professeur Maria do Rosario de Fatima Madeira Rita, Vice-Présidente, a donné des précisions sur l'organisation et la méthode de travail des Discussions techniques. Les participants étaient invités à examiner les succès, les échecs et les obstacles à la réduction de la mortalité maternelle depuis 1987 et formuler des recommandations à l'intention des Etats Membres, de l'OMS et des partenaires du développement. Ils se sont répartis en trois groupes : groupe

anglophone, groupe francophone et groupe trilingue (anglais, français et portugais). Ils se sont réunis séparément et chaque groupe a élu un Président et un Rapporteur, comme suit :

Groupe anglophone Président : Dr W. G. Manyeneng (Botswana)
Rapporteur : Dr L. K. Shodu (Zimbabwe)

Groupe francophone Président : Professeur K. Bohoussou (Côte d'Ivoire)
Rapporteur : Dr S. Kaba (Guinée)

Groupe trilingue Président : Dr F. Songane (Mozambique)
Rapporteur : Dr E. Traore (Bénin)

9. Les discussions techniques ne font pas partie des travaux du Comité régional. Cependant, le Président des discussions techniques présentera un rapport au Comité au titre du point 11 de l'ordre du jour (document AFR/RC50/1 Rév.3).
10. En séance plénière, les participants ont formulé les observations ci-après.

SUCCES

11. A la suite du lancement de l'Initiative pour la maternité sans risque en 1987, il y a eu une plus grande prise de conscience de la question des décès maternels, thème auparavant tabou. On s'est mieux rendu compte de l'ampleur du problème, dont les causes fondamentales ont été plus clairement identifiées et quantifiées. Certains aspects des activités liées à la maternité sans risque sont mis en oeuvre dans la plupart des pays; si la fréquentation des dispensaires prénatals s'est accrue, la qualité des soins a toutefois baissé presque partout. Dans l'ensemble, jusqu'ici les acquis sont fragmentaires et se limitent à certains pays. Il s'agit notamment de l'élaboration de politiques/protocoles/lignes directrices et la formation des agents de santé aux techniques permettant de sauver des vies dans le cadre des soins post-avortement, du développement des activités de planification familiale, de l'organisation de systèmes d'orientation-recours ainsi que de la formation et du recyclage des accoucheuses traditionnelles. Il faut d'autre part signaler que rares sont les pays où la communauté participe au financement de la prise en charge et au transport à l'hôpital des futures mères dans le besoin.

-
12. Dans un pays, les chefs d'une certaine communauté ont décidé d'abolir des pratiques traditionnelles nuisibles telles que les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines et d'encourager la scolarisation des filles.

ECHECS ET OBSTACLES

13. Le groupe a recensé un grand nombre de facteurs qui ont compromis les progrès réalisés sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle. Ceux-ci ont été classés dans les catégories suivantes:

a) Facteurs socio-économiques et politiques

- très grande misère des masses populaires en particulier chez des femmes;
- analphabétisme;
- statut socio-économique des femmes;
- incapacité de mettre en oeuvre les plans mondiaux au niveau des pays;
- perception d'une participation financière empêchant les femmes d'utiliser les services;
- décideurs ne tenant pas compte des points de vue de la communauté;
- ressources insuffisantes par rapport à l'ampleur du problème;
- mondialisation aggravant le déséquilibre des termes de l'échange.

b) Systèmes de santé

- incidence généralement faible des accouchements en institution;
- absence de mécanismes pour collecter les données sur les décès maternels dans les communautés;
- faiblesse des programmes destinés aux accoucheuses traditionnelles du point de vue de la gestion, de l'appui et de la supervision;

-
- mauvaise répartition des agents de santé;
 - attitude négative des agents de santé;
 - faiblesse des systèmes de santé ne fournissant pas de soins obstétricaux essentiels, y compris les soins obstétricaux d'urgence;
 - services ne mettant pas assez l'accent sur le suivi, l'évaluation et la supervision;
 - on a trop privilégié la prévention (soins prénatals et planification familiale);
 - les normes et protocoles nationaux ne sont pas suffisamment développés, actualisés ou utilisés là où ils existent.
- c) Facteurs culturels
- absence de participation masculine;
 - manque généralisé de considération pour les besoins des femmes;
 - persistance des pratiques traditionnelles nuisibles.
- d) Autres facteurs
- taux d'abandon élevés parmi les agents de santé;
 - absence de volonté politique; alors que certains pays peuvent avoir de véritables problèmes de ressources, d'autres ne semblent pas étayer leurs déclarations d'affectations budgétaires correspondantes;
 - collaboration intersectorielle insuffisante;
 - inadéquation du cadre politique: législation et réglementations sur des questions telles que la sécurité des familles et l'avortement.

RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

14. Au vu des succès, des échecs et des obstacles recensés ci-dessus, les groupes des Discussions techniques ont fait les recommandations suivantes à soumettre à l'examen du Comité régional :

Pour le gouvernement :

- a) Engagement politique
- la réduction de la mortalité maternelle doit faire partie de la stratégie de lutte contre la pauvreté;
 - il est essentiel d'améliorer l'alphabétisation, notamment chez les femmes;
 - sur la base des recommandations du quarante-neuvième Comité régional, les budgets alloués au secteur de la santé ne devraient pas être inférieurs à 15 % des budgets nationaux;
 - les conflits devraient être résolus en raison de leurs effets indésirables, notamment sur les femmes;
 - un cadre législatif destiné à améliorer le statut des femmes doit être mis en place;
 - d'autres mécanismes prenant en compte les questions d'éthique devraient être institués pour pourvoir aux besoins des pauvres;
 - il conviendrait de promouvoir une coopération et une collaboration étroites entre les pays en vue de partager l'information et les ressources limitées.

b) Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins

- Il faut renforcer les systèmes de santé pour améliorer les soins maternels et néonataux en perfectionnant les compétences des prestataires, en fournissant les matériels appropriés en quantité suffisante et en prévoyant des mesures d'incitation pour retenir le personnel;
- il est impératif de recueillir des données fiables et de les utiliser, y compris celles tirées de recherches basées sur le district qui pourront servir à la formulation de politiques et de programmes;
- vu la faible couverture des accouchements en institution, la formation, l'appui et la supervision des accoucheuses traditionnelles devront se poursuivre dans les pays qui disposent de ce type de personnel;
- les indicateurs pour le suivi et l'évaluation doivent être harmonisés;
- Il est impératif de prévenir les grossesses non planifiées, notamment chez les adolescentes.

c) Participation des communautés

- il est impératif de faire participer les communautés à tout le processus de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation;
- la communication par radio et les transports ainsi que les initiatives communautaires doivent être renforcés;
- l'élimination des mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques traditionnelles nuisibles devrait être renforcée;
- il faudrait encourager la participation des hommes;
- les interventions IEC devraient être renforcées.

Pour l'OMS :

- faciliter la mise en commun de l'information et des meilleures pratiques entre pays;
- harmoniser et coordonner les programmes, notamment dans le domaine de la formation et élaborer des normes;
- fournir un appui technique, un soutien financier et du matériel, par exemple pour les soins obstétricaux d'urgence.

Pour les partenaires dans le domaine du développement :

- leur appui devrait être fondé sur les besoins des pays, par exemple renforcer les systèmes de santé plutôt que de se concentrer uniquement sur l'IEC et la mobilisation sociale;
- il est impératif de répercuter les avantages tirés de l'annulation de la dette sur les secteurs sociaux (santé et éducation);
- **les prêts** pour des projets sanitaires devraient être sans intérêts;
- les partenaires devraient collaborer dans le cadre de programmes coordonnés à l'échelon national.

PRIORITES REGIONALES PROPOSEES

15. Puisque 75 % des décès maternels surviennent pendant l'accouchement et pendant les heures qui suivent, il est nécessaire de mettre l'accent sur :
- les soins obstétricaux d'urgence, y compris la formation, le recyclage et la qualité des soins;
 - la suppression des "trois délais", ce qui suppose des systèmes fonctionnels d'orientation-recours, avec communication par radio;

-
- la participation communautaire depuis le début du processus pour assurer la maîtrise des activités, la durabilité et l'efficacité;
 - la collecte de l'information pour s'assurer que les interventions sont fondées sur des bases factuelles;
 - l'autopsie verbale des décès maternels au niveau de la communauté et aux différents niveaux des soins, et des recherches pour améliorer la performance;
 - la participation des hommes à toutes les activités;
 - l'intégration de la maternité sans risque dans les plans de développement.

CONCLUSION

16. Chaque pays devra élaborer son propre programme fondé sur des bases factuelles, en s'appuyant sur une vaste évaluation participative de la situation actuelle et des besoins de la communauté. Le fort niveau d'injustice sociale qui prévaut dans la Région entrave les progrès; des efforts soutenus doivent donc être faits pour le réduire.

Appendice : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Groupe I

1.	Angola	Dr Augusto Rosa A. Neto
2.	Angola	Dr Adelaïde de Carvalho
3.	Bénin	Dr Esther Traoré
4.	Bénin	Prof. E. Alihonou
5.	Burundi	Dr Ntahobali Stanislas
6.	Cameroun	Dr Basile Kolo
7.	Cap-Vert	Dr Alicia Wahnnon
8.	Cap-Vert	Dr Rosa Lopes
9.	République centrafricaine	Dr Emmanuel Ngembi
10.	République centrafricaine	Dr Augustine Marthe Kirimata
11.	Ethiopie	M. Mequaneny Tesfu
12.	Guinée-Bissau	Mme Ivonne Menezes Moreira
13.	Guinée	Dr Naby Moussa Balde
14.	Mozambique	Dr Martinho Dgedge
15.	Mozambique	Dr Francisco Songane
16.	Nigéria	Dr Adenike A. Adeyemi
17.	Rwanda	Dr Mucabo Maria
18.	Rwanda	Dr Bucagu Maurice
19.	Rwanda	M. Jean Nyirinkwaya
20.	Afrique du Sud	Dr Roland Edgar Mhlanga
21.	Zambie	Dr Gavin Silwamba
22.	UNICEF	Dr El Abassi A.
23.	OMS/Burkina Faso	Dr Francis Monet

Groupe II

1.	Botswana	Dr Winnie G. Mangeeg
2.	Erythrée	Dr Solomon Ghebreyesus
3.	Gambie	Dr Yankuba Kassama
4.	Ghana	Dr Henrietta Odoi-Agyarko
5.	Kenya	Mme Kandie

6.	Kenya	Dr Njau J.N.
7.	Lesotho	Dr M. Moteetee
8.	Liberia	Dr Bernice Dahon
9.	Malawi	Mme N.O. Gama
10.	Malawi	Dr Richard Pendame
11.	Namibie	Ms E. K. Shihepo
12.	Sierra Leone	Dr Noah Conteh
13.	Swaziland	Dr John M. Kunene
14.	Swaziland	Mme Doreen Dlamini
15.	Tanzanie	Dr Theopista John
16.	Ouganda	Dr Sam Okware
17.	Zimbabwe	Dr Batsi Makunike
18.	Zimbabwe	Dr L. K. Shodu
19.	WAHO (OOAS)	Dr Kabba T. Joiner

Groupe III

1.	Burkina Faso	Prof. François Tall
2.	Burkina Faso/SAGO	Prof. Bibiane Koné
3.	Burkina Faso/ICM	Mme Thiombiano Brigitte
4.	Tchad	Dr Garba Tchang Salomon
5.	Côte d'Ivoire	Prof. Bohoussou Kovadio
6.	Côte d'Ivoire	Dr Aie-Tanoh Laure
7.	Côte d'Ivoire	Dr Koumandi Coulibaly
8.	Comores	Dr Toyb Mbaé
9.	République du Congo	Dr André Enzanza
10.	République du Congo	Dr Damase Bodzongo
11.	Guinée équatoriale	Dr Abia Nseng S.
12.	Guinée	Dr Séré Kaba
13.	Mauritanie	Dr Kane Amadou Racine
14.	Mali	Dr Salif Samaké
15.	Mali	Prof. Amadou Dolo
16.	Niger	Dr Karim Abdoulaye Maiga
17.	Niger	Dr Gagara Magagi
18.	Sénégal	Dr Adama Ndoye

-
- | | |
|----------------------|----------------------|
| 19. Togo | Dr Agbobli A. Eli |
| 20. OMS/Burkina Faso | Dr Azara Bamba |
| 21. OMS/AFRO | Dr Khadidiatou Mbaye |

Secrétariat de l'OMS

Professeur B. Nasah
Dr Paul van Look
Dr J. A. Kalilani
Dr K. Mbaye
Dr F. R. Zawaira
Mme E. Hoff

**ANNEXE 5 : ALLOCUTION DE BIENVENUE DU DR ALAIN
LUDOVIC TOU, MINISTRE DE LA SANTE DU
BURKINA FASO, PRESIDENT DU COMITE
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

Excellence, Monsieur le Président du Burkina Faso,
Excellence, Monsieur le Premier Ministre,
Excellences, Messieurs les anciens chefs d'Etat du Burkina Faso,
Distingués chefs d'Institutions,
Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement,
Mesdames et Messieurs les Ministres de la Santé des pays de la Région africaine de
l'OMS,
Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS,
Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA,
Mme Rimah Salah, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
Messieurs les Représentants des organisations internationales et interafricaines,
Mesdames et Messieurs les Membres du Parlement,
Messieurs les Représentants de la Chambre basse du Parlement,
Monsieur le Haut-Commissaire de la Province du Kadiogo,
Son Eminence, Jean Marie Compaoré, Archevêque de Ouagadougou,
Sa Majesté le Moro Naaba Baongo,
Chers Collègues,
Honorables invités,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir et une immense joie de vous accueillir à Ouagadougou,
à l'occasion de la cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

Par conséquent, permettez-moi de souhaiter la bienvenue dans notre pays au Dr Gro
Harlem Brundtland et à tous nos illustres invités.

A vous tous, très chers collègues, permettez-moi de dire "FoFo" qui, dans une de nos
langues vernaculaires, signifie "bienvenue au Burkina Faso".

Excellence, Monsieur le Président du Burkina Faso,
Mesdames et Messieurs,

Les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS, en témoignage de la légendaire hospitalité du Burkina Faso, du caractère chaleureux de l'accueil de sa valeureuse population et de la détermination politique de son Gouvernement, ont décidé de nous confier l'organisation de cette réunion régionale. Permettez-moi de saisir cette occasion pour exprimer notre gratitude pour cette marque de confiance. L'OMS vous a par conséquent invités dans ce pays qui, pour certains, est une savane éloignée, et pour d'autres, un endroit familier, afin de discuter, sous quelques averses, de l'activité de l'OMS qui est notre organisation commune.

Honorables invités
Chers collègues,

Je vous demande, au nom du Comité national d'organisation et en mon nom propre, de bien vouloir excuser toutes les défaillances que vous pourriez constater dans l'organisation de votre séjour dans notre pays. Permettez-moi de vous assurer de notre désir ardent de respecter notre tradition d'hospitalité africaine en faisant en sorte que vous vous sentiez aussi à l'aise que possible pendant votre séjour parmi nous.

Pour ma part, mes collaborateurs et moi-même mettrons tout en oeuvre pour que votre séjour soit très agréable.

Chers collègues,

Cette année, nous discuterons, comme d'habitude, du Rapport biennal du Directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région africaine de 1998 à 1999. Nous discuterons également, entre autres choses, de la corrélation entre les travaux des Organes directeurs de l'OMS, à savoir : le Comité régional, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé. Nous examinerons par ailleurs le rapport du Sous-Comité du Programme et beaucoup d'autres questions techniques.

J'ai bon espoir qu'en dépit du calendrier relativement chargé qui nous attend durant les jours à venir, il vous restera un peu de temps pour goûter à la chaleur de notre capitale hospitalière par une visite de quelques sites touristiques de notre ville et de ses environs.

Au Burkina Faso, dans le cadre de la lutte contre la maladie, plusieurs actions ont été entreprises dont les plus importantes sont les suivantes :

- l'élaboration d'un plan de relance de la lutte contre la maladie du ver de Guinée qui a permis de réduire considérablement le nombre de cas de dracunculose dont l'éradication est prévue pour l'an 2001;
- l'élaboration d'un plan de lutte contre la leishmaniose avec la fourniture de 15 000 doses de médicaments;
- l'intensification des journées nationales de vaccination qui ont connu des succès éclatants avec un taux de couverture de plus de 95 % pour la vitamine A et le vaccin polio-oral;
- l'élaboration d'une Politique de prise en charge des malades du SIDA;
- la création d'un Fonds de Solidarité nationale envers les malades du SIDA avec une subvention de l'Etat de 100 millions de francs CFA;
- la disponibilité des médicaments pour la prise en charge des infections opportunistes pour les malades du SIDA;
- l'intégration du volet IST/SIDA dans l'ensemble minimal d'activités des districts sanitaires;
- l'élaboration d'un Plan national multisectoriel de lutte contre le SIDA, 2000 - 2005.
- l'élaboration de Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles (santé bucco-dentaire, cancer, cécité et maladies cardio-vasculaires), qui font désormais l'objet d'une préoccupation majeure en matière de santé publique;

-
- le renforcement du système d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques; l'adoption d'un Plan directeur pharmaceutique national; l'inauguration prévue, dans un proche avenir, de notre grand laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments et d'autres produits de consommation courante afin d'éviter la consommation de produits de mauvaise qualité;
 - enfin, l'élaboration en cours, d'un Plan national de Développement sanitaire qui doit systématiser la mise en oeuvre des grandes orientations; un Secrétariat technique est à pied d'oeuvre pour l'exécution de cette activité de premier plan.

Le Burkina Faso accorde une importance particulière à la médecine et pharmacopée traditionnelles. A ce titre, de nombreuses actions ont été entreprises pour la valorisation et la promotion de ce secteur. Une politique nationale de ce secteur est en cours d'élaboration. Une commission nationale de médecine et pharmacopée traditionnelles a été mise en place au début de cette année.

C'est dans le cadre de la promotion de ce secteur que le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Centre médical de Saint Camille, entreprend depuis quelques temps, l'évaluation thérapeutique des remèdes utilisés en médecine traditionnelle pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Excellences,
Mesdames, Messieurs,

Nous sommes conscients que ces actions entreprises ne pourront pas résoudre totalement les multiples problèmes de santé auxquels sont confrontés nos populations. Mais elles contribueront sans aucun doute à améliorer de façon significative leur état de santé.

Excellences,
Mesdames et Messieurs
Chers Collègues,

Je ne saurais conclure mon allocution sans exprimer mes remerciements à tous ceux qui nous ont aidé à organiser cette cinquantième session du Comité régional. J'aimerais en particulier remercier l'Organisation mondiale de la Santé, la République populaire

de Chine, les Pays-Bas et toutes les sociétés et compagnies locales pour le soutien matériel et financier qu'ils nous ont apporté. Je vous souhaite plein succès dans vos délibérations.

Je vous remercie.

**ANNEXE 6 : ALLOCUTION DU DR LIBERTINE AMATHILA,
PRESIDENT DE LA QUARANTE-NEUVIEME
SESSION DU COMITE REGIONAL**

Excellence, Monsieur le Président de la République du Burkina-Faso,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs les membres du Corps diplomatique,
Mesdames et Messieurs les Représentants des Institutions des Nations Unies,
Honorables Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Je vous souhaite à tous une chaleureuse bienvenue à la cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

L'élection du nouveau **Président**, qui interviendra tout à l'heure, mettra un terme à mon mandat **en tant que** Président de la quarante-neuvième session du Comité régional. Je vous **remercie** très sincèrement pour la confiance que vous avez placée en moi et pour l'excellente coopération que vous m'avez apportée au cours de l'année écoulée.

C'est pour moi un immense privilège et un insigne honneur de souhaiter la bienvenue, en votre nom, à Son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président de la République du Burkina Faso, qui a bien voulu abriter cette cinquantième session et en assurer l'ouverture officielle. Je voudrais exprimer ma profonde gratitude au Gouvernement et au peuple du Burkina Faso pour l'hospitalité qu'ils nous ont manifestée depuis notre arrivée et pour les excellentes dispositions qu'ils ont prises en vue de cette réunion.

J'adresse également une chaleureuse bienvenue au Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS. Sa présence à nos réunions témoigne de l'intérêt particulier qu'elle porte à la Région africaine.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Nous pouvons contempler avec fierté et satisfaction les grands progrès accomplis, au cours de l'année écoulée, vers l'instauration de la santé pour tous dans la Région africaine. Ces progrès n'ont été possibles que par la conjugaison de nos efforts aux niveaux national, régional et mondial.

La quarante-neuvième session du Comité régional s'est déroulée dans une ambiance participative et paisible. Nous avons élu le Directeur régional en accordant un deuxième mandat au Dr Ebrahim M. Samba. Nous avons également adopté des résolutions pertinentes et réalistes dont plusieurs ont été mises en oeuvre ou sont actuellement mises en oeuvre par le Secrétariat.

Durant mon mandat, la Région africaine a eu le privilège de présider la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, qui a été une Assemblée singulière en ce sens qu'elle a focalisé ses travaux sur les besoins sanitaires de notre continent et en particulier sur le VIH/SIDA. L'engagement et la détermination qui ont caractérisé nos travaux méritent d'être salués. L'une des principales décisions prises au cours de cette Assemblée a été l'appel pressant lancé aux industries pharmaceutiques pour qu'elles réduisent le coût des médicaments antirétroviraux afin de les rendre disponibles et abordables pour les Africains, qui en ont le plus besoin.

Poursuivant nos efforts de lutte contre cette pandémie, nous avons organisé la quatrième Conférence internationale sur le VIH/SIDA à Durban à laquelle tous les pays ont assisté. Les participants ont lancé un appel pressant à la solidarité entre les pays africains d'une part, et entre ces pays et les autres pays d'autre part, pour combattre ce terrible fléau. Le VIH/SIDA a également figuré en bonne place à l'ordre du jour du Conseil de Sécurité des Nations Unies et de l'Organisation de l'Unité africaine.

Nous n'avons pas non plus oublié les pertes de vies humaines et d'emplois que continue à causer le paludisme. C'est ainsi qu'un Sommet des Chefs d'Etat s'est tenu à Abuja (Nigéria) sur l'Initiative Faire reculer le paludisme. A la fin de ce Sommet, tous les Chefs d'Etat ont signé un accord pour prendre des mesures en vue de faire reculer cette maladie.

Le rôle primordial de l'OMS lors des inondations qui ont frappé le Mozambique mérite également d'être souligné. Il va sans dire que l'OMS et ses partenaires ont relevé ce défi avec un brio sans précédent.

Tous ces efforts témoignent de notre détermination à promouvoir le développement humain dans notre Région en commençant par la santé.

En votre nom à tous, et en compagnie du Ministre de la Santé de la République du Bénin et des représentants du Secrétariat, j'ai effectué une mission à Brazzaville pour faire le point de la remise en état du Bureau régional au Congo. Le rapport de cette mission vous sera présenté plus tard au cours de cette réunion.

Malgré ces réalisations, de nombreux défis restent à relever. Les conflits qui persistent en Angola, en République démocratique du Congo, entre l'Erythrée et l'Ethiopie ainsi qu'en Sierra Leone obèrent gravement les maigres ressources que nous consacrons à la santé. Nous devons impérativement y chercher des solutions durables.

Nous devons également poursuivre la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que contre la mortalité maternelle et infantile, non seulement dans nos divers pays, mais aussi à l'échelle de la Région. Il faut que nos systèmes de santé commencent à répondre efficacement aux besoins de nos populations pour promouvoir la santé pour tous.

Mesdames et Messieurs les Ministres,

Je voudrais terminer en remerciant à nouveau le Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba et son Secrétariat pour la collaboration qu'ils m'ont apportée au cours de mon mandat. Cela a été un insigne honneur pour moi de servir notre grand continent. J'exprime le vœu que mon successeur puisse bénéficier d'une égale collaboration.

Je vous remercie de votre attention.

**ANNEXE 7 : ALLOCUTION DU PROFESSEUR COUAVI A. L.
JOHNSON, DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE
L'EDUCATION, DE LA SCIENCE, DE LA CULTURE ET
DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ORGANISATION DE
L'UNITE AFRICAINE**

Excellence Monsieur le Président du Faso, Président du Conseil des Ministres,
Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement,
Madame la Présidente de la quarante-neuvième session,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur exécutif de l'ONUSIDA,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS,
Monsieur le Ministre de la Santé du Burkina Faso,
Mesdames, Messieurs les Ministres,
Mesdames, Messieurs les Chefs de délégation,
Mesdames, Messieurs les participants,
Honorables Invités,

L'honneur m'échoit de prendre la parole devant cette auguste assemblée au nom de l'Organisation de l'Unité Africaine et de son Secrétaire général, le Dr Salim Ahmed Salim, pour vous dire combien nous sommes honorés d'être avec vous à l'occasion de cette cinquantième session du Comité régional. Le Secrétaire général avait pris les dispositions nécessaires pour être des vôtres en cette session mais, une fois encore, il n'a pas pu le faire à cause d'événements de dernière minute. Il m'a chargé de vous faire part de ses regrets et vous présenter ses vœux de plein succès pour vos travaux.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Au moment même où nous nous réunissons, chaque heure, peut-être chaque minute qui passe, un homme, une femme, un enfant meurt quelque part sur notre continent, soit du paludisme, soit du SIDA, soit encore de la tuberculose ou d'autres maladies infectieuses. Je me garderai de citer des chiffres, d'autres voix plus autorisées le feront à ma place. Mais, si la situation stagne ou se dégrade davantage dans nos pays, ce n'est pas par manque d'efforts de la part des gouvernements, ni d'institutions comme l'OMS ou l'OUA.

La conjonction d'un certain nombre de facteurs négatifs tels que l'accroissement de la pauvreté, la dégradation ou la stagnation des économies de nos Etats, l'accroissement démographique, les catastrophes et calamités aussi bien naturels qu'induites par l'homme, les conflits avec leurs lots de réfugiés et de personnes déplacées, la fuite des cerveaux et des compétences dans le domaine de la santé, etc., sont autant de causes de propagation des maladies en Afrique. Si aucun effort n'est fait pour s'attaquer à ces racines profondes du mal, les actions sectorielles connaîtront très peu de succès ou seront même vouées à l'échec.

Mesdames et Messieurs,

Ce n'est pas à moi de dire aujourd'hui combien la situation est alarmante. Vous êtes pour la plupart des professionnels de la santé, au point que des maladies qui avaient été déclarées éradiquées de nos pays émergent à nouveau. A l'heure du gaspillage de fonds précieux ailleurs dans le monde pour la conquête d'autres planètes, nous en sommes, en Afrique, à rechercher les moyens financiers nécessaires à soigner, éduquer et nourrir nos populations. Il n'y a pas de honte à cela; le cours de l'histoire nous le dicte. Après avoir servi à développer d'autres continents, l'Afrique est aujourd'hui abandonnée à son propre sort, marginalisée. Mais il n'y a pas de raison pour qu'elle ne s'en sorte pas.

Les maladies, la pauvreté et les catastrophes ne connaissant pas de frontières, les pays africains doivent donc s'organiser et mener le combat méthodiquement contre le sous-développement, dans des ensembles plus vastes d'intégration de tous les efforts, selon les priorités définies ensemble.

Aujourd'hui, la priorité N°1 dans le domaine qui nous intéresse ici est une réforme profonde du secteur de la santé pour l'adapter aux besoins réels des populations; au Caire, en Egypte, au mois d'octobre 1999, vous l'avez reconnu et vous avez demandé un Plan d'Action à cet effet. Ici même au mois de mai de cette année, dans le cadre de votre session spéciale sur le VIH/SIDA, vous l'avez réitéré et les Chefs d'Etat, dans la Déclaration de Lomé sur le SIDA en juillet 2000, vous ont entendu et ont confirmé votre appel. Il faut donc maintenant agir vite car toute approche sectorielle des solutions aux maladies qui ravagent notre continent est vouée à l'échec; l'approche doit être globale et intégrée. Mais en attendant, que faire ? Car les maladies, elles, progressent et les bases d'actions existent. Vous avez Messieurs, Mesdames les Ministres,

ici-même dans cette salle au mois de mai dernier, adopté les “ENGAGEMENTS D’ACTIONS DE OUAGADOUGOU POUR L’INTENSIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE”. A la suite de cela, nos Chefs d’Etat et de Gouvernement dans leur “DECLARATION DE LOME SUR LE VIH/SIDA” en juillet 2000 se sont engagés à appuyer vos actions; auparavant à Abuja ils avaient aussi adopté un “PLAN D’ACTION SUR LE PALUDISME”. Il s’agit maintenant de passer à l’action.

La première tâche consiste à mettre en place des stratégies pour mener l’action et la deuxième à mobiliser des ressources financières tant nationales qu’externes supplémentaires. Nous devons nous y engager ensemble - Gouvernements, partenaires sociaux et institutions internationales. L’OUA entend donc renforcer sa collaboration avec l’OMS et les autres partenaires pour y parvenir.

C’est pour moi le lieu de saluer la collaboration franche et sincère qui existe entre nos deux institutions, tant avec le Siège à Genève qu’avec le Bureau régional, à Brazzaville d’abord, puis Harare aujourd’hui, ainsi que le Bureau EMRO à Alexandrie, bientôt au Caire. Je voudrais exprimer toute notre gratitude à Mme le Directeur général, le Dr Gro Harlem Brundtland, pour la nouvelle vision et le dynamisme qu’elle imprime à l’OMS aujourd’hui, ainsi qu’aux Directeurs régionaux, le Dr Ebrahim Malick Samba et le Dr Hussein A. Gezairy, pour leurs efforts inlassables en vue de rechercher des solutions durables aux multiples problèmes de santé sur notre continent. Enfin, il me plaît de souligner le rôle important et croissant que jouent le Bureau de l’OMS auprès de l’OUA, à Addis Abeba, et son chef, M. Correia, pour cimenter encore un peu plus ces liens de collaboration.

L’Organisation de l’Unité Africaine qui va se muer progressivement en Union Africaine, à la suite de l’adoption, à Lomé en juillet dernier, de l’Acte Constitutif de l’Union, qui intégrera progressivement les Etats Membres dans un ensemble fédérateur plus large et plus puissant, continuera de privilégier la collaboration et coopération avec l’OMS, chacune dans son ou ses domaine(s) de compétence avec ses avantages comparatifs, pour parvenir aux objectifs fixés en vue de l’amélioration de la situation sanitaire sur le continent.

Mesdames et Messieurs,

Aujourd'hui, cette collaboration porte ses fruits; elle a permis de sensibiliser au plus haut niveau les décideurs politiques, nos Chefs d'Etat et de Gouvernement qui, en l'espace d'une année, ont décidé de tenir deux Sommets successifs sur les deux maladies les plus dévastatrices à l'heure actuelle sur le continent, le paludisme et le VIH/SIDA. Après Abuja, l'an dernier sur le paludisme, revoici Abuja l'an prochain pour un Sommet sur le SIDA. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette prise de conscience qui, à n'en pas douter, portera ses fruits. La présence du Président du Faso parmi nous ici aujourd'hui en est une démonstration concrète. Elle contribuera, sans nul doute, à accorder une place de choix au secteur de la santé dans les plans nationaux de développement de nos pays. Une redistribution mieux ciblée des ressources financières des budgets nationaux vers les domaines sociaux du développement serait un début de contribution à la solution.

C'est notre vœu le plus cher, et nous continuerons à déployer des efforts soutenus en vue d'y parvenir et ce, pour le bien-être des populations africaines.

Je souhaite plein succès au Comité pour les travaux de cette cinquantième session et vous remercie de votre aimable attention.

ANNEXE 8 : ALLOCUTION DU DR EBRAHIM MALICK SAMBA, DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Excellence Monsieur le Président du Faso,
Excellence Monsieur le Premier Ministre,
Madame le Président du Comité Régional,
Madame le Directeur général de l'OMS,
Sa Majesté le MORO-NABA BAONGO,
Mesdames et Messieurs les Ministres, Hauts responsables
et habitants de ce beau pays qu'est le Burkina Faso,
Mesdames et Messieurs les Ministres et Chefs de délégation des 46 pays membres de
la Région africaine de l'OMS,
Mesdames et Messieurs les membres du Corps diplomatique,
Monsieur le Représentant du Secrétaire général de l'OUA,
Mesdames et Messieurs les Représentants du système des Nations Unies ainsi que
des organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales,
Honorables délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est un grand honneur et une grande fierté pour moi de me retrouver avec vous à l'occasion de la tenue de la cinquantième session du Comité régional pour l'Afrique, dans un pays qui est en quelque sorte le mien puisque j'y ai passé 14 ans de ma vie de 1980 en 1994 à la direction du Programme Onchocercose; j'ai laissé des collègues de travail dans ce même Programme et tissé des liens d'amitié, de fraternité et familiaux avec le Peuple Burkinabè.

Cette visite est la bienvenue et a son importance. Elle se démarque des autres Comités régionaux en étant le premier Comité régional du 21ème siècle, le premier Comité régional après mon élection en 1995 et la première année de mon deuxième mandat. Je voudrais d'ailleurs exprimer une nouvelle fois et respectueusement ici, mes sentiments de gratitude et de sincères remerciements à tous les Chefs d'Etats africains et plus particulièrement à mon Président, celui de la Gambie, pour avoir proposé ma candidature et pour m'avoir élu, afin que je puisse servir l'Afrique et apporté un peu de mon humble contribution au développement de la santé de la population de notre cher Continent africain.

Le premier mandat a été un mandat de renseignement et d'observation pour commencer et apprentissage. Cependant, au milieu de ce premier mandat, les catastrophes de Brazzaville nous ont bousculés fortement et nous ont forcés de se réfugier à Harare, Zimbabwe, où fort heureusement, le Gouvernement et la population nous ont très bien accueillis. Avec l'accueil chaleureux des Zimbabwéens et la compétence et le dévouement des membres du personnel, nous avons en trois ans presque doublé nos activités dans la collaboration de l'OMS avec les 46 pays Etats Membres d'AFRO.

En quittant Brazzaville, l'effectif du staff était au nombre de 240, actuellement nous sommes plus de 400 personnes. La collaboration avec les bailleurs de fonds et le Siège de l'OMS a également multiplié.

Nous voudrions donc manifester au Gouvernement du Zimbabwe, nos sincères remerciements. Nous ne pouvons cependant pas, nous permettre d'oublier quelquetinet uns de nos membres d'équipe AFRO, qui ont contribué davantage au succès de l'OMS/AFRO par leur dévouement et leur travail exceptionnel dans des circonstances souvent particulières et très difficiles.

Excellence, Monsieur le Président du Faso, je voudrais respectueusement exprimer ici ma reconnaissance à ces fonctionnaires de l'Organisation et au Gouvernement du Zimbabwe. A cet effet, je souhaiterais remettre un cadeau spécial et des certificats :

- au Dr D. Parirenyatwa, Représentant du Zimbabwe, en renouvelant notre gratitude particulière au Gouvernement du Zimbabwe (Cadeau et Certificat)
- au Dr William Aldis (Certificat)
- au Dr Dios Dado Nsue-Milang (Certificat)
- à M. Ibrahim N'Gaide (Certificat)

Mesdames, Messieurs, je vous remercie.

**ANNEXE 9 : ALLOCUTION DU DR GRO HARLEM
BRUNDTLAND DIRECTEUR GENERAL DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Dr Samba,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir que de me trouver avec vous dans ce pays fier et fort. Nous sommes tous reconnaissants au Gouvernement du Burkina Faso d'avoir accueilli la réunion du Comité régional de l'OMS.

La plupart du temps, ce n'est que rétrospectivement que l'on repère les moments décisifs. Il arrive que des faits paraissent importants au moment où ils surviennent et tombent vite dans l'oubli alors que des succès majeurs passent inaperçus au départ. Ce n'est que des années plus tard que l'on arrive à discerner le point de départ d'un changement fondamental.

Permettez-moi de commencer mon discours d'aujourd'hui en expliquant brièvement pourquoi je suis convaincue que cette année est une année décisive pour l'Afrique en matière de santé.

J'ai toujours pensé qu'il est difficile d'apporter de réels changements dans la société tant que les décideurs n'ont pas dûment tenu compte de la dimension économique de la question. C'est ainsi que l'environnement qui était la sphère de quelques convaincus et de verts marginaux est à présent au centre de l'attention d'intervenants importants.

La dernière fois que nous nous sommes rencontrés à Genève en mai, plusieurs signes prometteurs indiquaient déjà que partout au monde on prenait conscience de ce que la santé est au centre de développement économique et social. Pour briser le cercle débilant de la pauvreté, il est primordial d'améliorer la santé.

Depuis, nous avons pu voir que tous les pays sont impatients d'agir. En juillet, la Conférence de Durban a établi comme principe que toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA de par le monde doivent avoir accès à des soins appropriés et que les activités de prévention doivent elles aussi être universelles.

Toujours à Durban, la Commission européenne a annoncé qu'elle mettrait davantage l'accent sur la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Plus tard en juillet à Okinawa, les pays du G8 sont convenus de cibles spécifiques de réduction d'ici 2010 des taux de mortalité imputable au paludisme, au VIH/SIDA, à la tuberculose et aux maladies de l'enfant.

Ces déclarations sont le fruit du dur labeur que nous-mêmes, nos leaders politiques et des milliers d'agents de santé dans cette Région avons effectué avant, durant et après la Conférence sur le Paludisme à Abuja en mars, la réunion de l'OUA à Lomé et la Conférence internationale à Durban en juillet. J'aimerais rendre en particulier hommage au Président Obasanjo du Nigéria pour son acharnement à placer la cause de la santé et de l'Afrique au coeur des priorités internationales.

Monsieur le Président,

Si les problèmes de santé ont dominé l'actualité, l'Afrique est toutefois en passe de réaliser sans fanfare quelque chose de spectaculaire. La campagne "Bouter la polio hors d'Afrique", lancée en 1996, a permis de faire reculer le nombre de cas de poliomyélite dans nos pays dans des proportions jamais atteintes.

Cette maladie, l'une des principales causes d'incapacité jusqu'à ces dernières années, est maintenant sur le point d'être éradiquée, puisqu'il ne reste plus que 30 pays infectés dans le monde. Malgré tout, dix-huit des pays à plus haut risque se trouvent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Nous pourrions parvenir à l'éradication si nous associons nos efforts pour synchroniser les journées nationales de vaccination cet automne de même qu'en 2001. Il nous faut aussi veiller à ce que ces journées de vaccination touchent tous les enfants et soient de la meilleure qualité possible.

Cette année, pour des raisons logistiques et épidémiologiques, les semaines débutant le 16 octobre et le 20 novembre sont des dates optimales pour ces séries de journées. Notre leadership collectif dans les mois à venir sera déterminant pour l'interruption définitive de la transmission de la poliomyélite en Afrique.

Lorsque je me suis adressée à l'Assemblée de la Santé en mai, j'ai parlé de l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination comme d'un remarquable exemple de modèle de partenariat novateur pour l'action de santé internationale. Durant l'Assemblée, les délégués de 74 pays concernés se sont vu remettre le texte de lignes directrices pour soumettre des propositions au Fond mondial pour les Vaccins de l'Enfant et j'ai demandé à ce que l'on réagisse rapidement pour que les appuis commencent à affluer dans les pays d'ici la fin de l'année.

Cet appel a été entendu - et même très bien entendu ! Vingt-quatre pays ont soumis des propositions au Secrétariat de l'Alliance dans les très brefs délais imposés. Sur ce total, 13 pays - dont 9 en Afrique - ont été jugés par un comité d'examen indépendant capables de recevoir des vaccins et/ou un appui financier direct, les décaissements commençant dès septembre. Les autres soumettront des renseignements complémentaires pour la prochaine fois de manière à recevoir un appui dès que possible. Enfin, une vingtaine d'autres pays devraient soumettre des propositions lors du prochain examen en octobre.

La rapidité avec laquelle les pays ont réagi est une raison d'être optimiste. Jamais auparavant cette approche n'a été tentée - lancer un appel ouvert aux pays concernés et les laisser concevoir eux-mêmes leurs programmes. Jamais auparavant une approche nouvelle prometteuse n'a suscité un tel appui international.

Créé avec un investissement initial de US \$750 millions de la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds a déjà obtenu d'importants engagements des Gouvernements de la Norvège, des Etats-Unis d'Amérique et du Royaume-Uni. Les gouvernements d'autres pays - Pays-Bas et Canada, par exemple - se sont également dits prêts à contribuer au Fonds. Environ 98 % des ressources actuelles du Fonds iront directement aux pays.

Malgré cette approche peu orthodoxe, on maintient la continuité et la synergie avec d'autres composantes sanitaires - par exemple avec l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Les partenaires de l'Alliance se sont engagés sans réserve dans l'effort d'éradication de la poliomyélite. Dans les pays où l'on trouve encore le poliovirus sauvage, il est important de ne pas baisser la garde et de continuer à donner la priorité aux efforts d'éradication. C'est pourquoi nous avons adjoint une nouvelle série d'examens de propositions en janvier 2001, pour que les pays qui prévoient de mener des journées nationales de vaccination à l'automne aient plus de temps pour préparer leurs propositions à l'Alliance.

Car c'est le processus et non pas simplement le résultat final qui est l'un des aspects les plus fascinants et encourageants de l'Alliance. Certains pays nous ont appris que le processus de préparation des propositions de pays leur donne l'occasion d'évaluer de manière critique leurs services de santé actuels et de trouver des stratégies plus collaboratives et durables permettant l'intégration des activités de vaccination. De nombreux partenaires de l'Alliance voient dans le processus de proposition l'occasion de réengager et de réactiver leurs contributions financières et techniques en faveur des services de vaccination des pays.

Si elle se poursuit de manière aussi encourageante, l'Alliance pourrait donner lieu à une réforme massive du financement du développement, réforme qui remet clairement les programmes et les opportunités futures de financement et d'appui entre les mains des pays.

Les derniers mois ont intensifié les activités visant à traduire dans les faits la demande d'accès aux soins d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

Dans le sillage de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, le dialogue entamé par l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies avec l'industrie pharmaceutique a progressé. Un groupe de contact qui doit tenir sa première réunion le mois prochain rassemblera des Etats Membres, des institutions des Nations Unies, des représentants de l'industrie pharmaceutique et des ONG pour un échange d'informations et de vues qui, nous l'espérons, s'avérera fructueux.

On vise à harmoniser cette initiative avec le Partenariat international contre le SIDA en Afrique. Un certain nombre de pays se sont dit intéressés à participer à un premier cycle d'essais s'inscrivant dans un effort initial conjoint dont le but est d'améliorer radicalement l'accès aux soins.

Notre but est de lancer ces projets concrets de pays d'ici novembre et nous avons le ferme espoir de susciter rapidement des changements réels.

Des progrès ont également été réalisés dans le domaine de la transmission mère-enfant. En octobre, nous examinerons de nouvelles données sur la transmission maternelle du VIH et sur l'efficacité et l'innocuité des schémas thérapeutiques possibles. Nous espérons que cette réunion fera des recommandations en matière de médicaments

et de pratiques d'alimentation susceptibles de réduire considérablement les taux de transmission en Afrique. Il est grand temps. Nous n'avons guère de temps à perdre pour sauver des milliers de nourrissons de l'infection par le VIH.

Grâce à deux programmes interpays exécutés par l'OMS - le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) qui prendra fin en 2002 et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) qui devrait se poursuivre jusqu'en 2007 - la cécité des rivières ne sera bientôt plus un problème de santé publique faisant obstacle au développement socio-économique.

J'aimerais insister sur le fait que le succès des deux programmes n'aurait pas été possible sans la participation active des pays qui y contribuent. Maintenant que l'OCP touche à sa fin, cette participation sera particulièrement importante au niveau de la surveillance continue pour dépister toute réapparition de la maladie et lutter contre elle. De même, les pays APOC participants devront prévoir une surveillance renforcée ainsi que la lutte contre la recrudescence, une fois atteint le stade de l'élimination.

Je saisis cette occasion pour souligner l'importance de la surveillance continue et de la lutte, et suis convaincue que les pays concernés en sont pleinement conscients. Ainsi, nous pourrons ensemble faire en sorte que l'onchocercose ne réapparaisse jamais plus sur le continent africain.

Au cours de l'année passée, l'OMS a cherché les moyens de progresser réellement dans la lutte contre les principales maladies infectieuses, à savoir VIH/SIDA, paludisme, tuberculose et plusieurs maladies de l'enfant.

Le point de départ est clair : environ 45 % des décès dans les pays en développement sont imputables aux maladies infectieuses. Et près de la moitié de ces décès peuvent être attribués à trois seulement d'entre elles : le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui sont responsables tous les ans de plus de 300 millions de cas de maladie et de près de 5 millions de décès, et contre lesquelles il n'existe aucun vaccin efficace pour prévenir l'infection chez l'adulte et chez l'enfant.

Ces maladies pénalisent les communautés pauvres car elles contribuent à perpétuer la pauvreté en étant cause de pertes d'emploi, d'abandons scolaires, de réduction de l'investissement financier et d'instabilité sociale accrue – et leur coût social et économique est phénoménal. D'après une étude récente, si le paludisme avait été éliminé il y a 30 ans, le PIB annuel de l'Afrique serait supérieur de \$100 milliards à ce qu'il est aujourd'hui.

Nous disposons de médicaments pour guérir le paludisme, la tuberculose et les infections opportunistes liées au VIH. Cependant, pour beaucoup trop de gens – et notamment les pauvres – ces mesures salvatrices sont inaccessibles, inabordablement financièrement ou mal utilisées.

Par ailleurs, certains des médicaments dont nous disposons perdent lentement mais sûrement de leur efficacité parce que la résistance antimicrobienne se développe inéluctablement. Des perspectives qui s'ouvraient à nous se referment donc. La filière recherche et développement n'est pas restée au diapason des besoins, et les nouveaux médicaments et vaccins se font attendre.

L'OMS soulignera l'importance d'augmenter l'accès aux médicaments essentiels et aux moyens de prévention tels que les moustiquaires et les préservatifs. Nous sommes toujours déterminés à œuvrer avec les gouvernements et avec nos partenaires de développement pour examiner tous les mécanismes susceptibles d'élargir le financement, d'assurer l'accessibilité financière et de promouvoir l'utilisation efficace des médicaments essentiels et des technologies de médecine préventive.

Une action immédiate et de grande envergure s'impose de toute urgence. Les stratégies et approches du VIH, de la tuberculose et du paludisme ne sont pas les mêmes. Cependant, pour chacune de ces affections, la prévention et les soins sont assurés le plus souvent à domicile et non pas dans les services de santé. Les gouvernements ont un rôle central à jouer en créant l'environnement nécessaire et en montrant la voie. Pour endiguer ces trois maladies, il faudra toutefois qu'une plus vaste gamme de partenaires conjuguent leurs efforts et leur esprit d'innovation.

Pour réduire de 50 % la mortalité imputable à la tuberculose et au VIH/SIDA, et de 25 % les taux d'infection par le VIH, il nous faut un nouveau mécanisme permettant de mener des interventions efficaces, ayant fait leurs preuves et à la mesure de la pandémie.

Il s'agit là d'un défi immense pour nous tous, mais les bénéfices le seront aussi. Cela signifie que nous devons tous avoir de nouvelles idées, forger de nouvelles alliances et améliorer notre performance. Il nous faut aussi tirer les meilleures leçons des expériences en cours, à savoir l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination, les travaux de Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme, ainsi que des succès de la lutte contre la poliomyélite, l'onchocercose, la lèpre, le ver de Guinée et la filariose lymphatique.

Le G8 a souscrit aux cibles globales et a fait sien le concept d'effort massif contre les maladies infectieuses. La Commission européenne organisera fin septembre un colloque et le G8 prévoit une réunion début décembre pour examiner comment progresser dans la mise en place de ce nouveau mécanisme.

Redoubler d'efforts pour lutter contre les maladies associées à la pauvreté peut contribuer au développement des systèmes de santé.

La gestion d'un système de santé est un exercice d'équilibrisme : répondre à des demandes rivales, assortir les ressources aux besoins, et essayer de faire en sorte que tout le monde ait accès aux soins nécessaires à la santé. Cet exercice d'équilibrisme est particulièrement difficile pour les pays dont les dépenses pour la santé par habitant sont inférieures à US \$100 par an - ce chiffre n'étant qu'un exemple. Il se complique encore là où les institutions gouvernementales sont minées - voire même paralysées - par des conflits.

Il nous faut trouver des moyens d'évaluer la performance des systèmes de santé eu égard aux trois buts : améliorer le niveau de santé, répondre aux attentes de la population et garantir l'équité des contributions financières. Comme vous le savez, l'OMS s'est essayée cette année à une première évaluation de ce type dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, à l'aide des données partielles connues.

Comme il fallait s'y attendre, le Rapport n'a pas fait l'unanimité. Sa publication a fait l'objet d'échanges de vues dans les médias nationaux et internationaux et parmi les professionnels de la santé sur la manière d'évaluer les systèmes de santé, et d'un débat plus fondamental sur ce qui constitue un bon système de santé.

De tels débats sont utiles. Celui qu'a suscité le Rapport sur la santé dans le monde a apporté de nouveaux éclairages. Pour poursuivre le dialogue mondial sur la manière de tirer le meilleur parti des systèmes de santé, nous oeuvrerons de concert avec les Etats Membres pour utiliser au mieux les sources de données existantes et, s'il y a lieu, recueillir de nouvelles informations afin que les évaluations annuelles de la performance des systèmes de santé soient fondées sur d'excellentes bases factuelles.

Fait plus important encore, cet intérêt accru pour l'amélioration de la performance qui offre à de nombreux Etats Membres l'occasion unique d'évaluer l'avenir de leurs systèmes de santé et de voir quelles mesures prendre pour en améliorer la performance.

L'OMS sait fort bien qu'il n'existe pas de solution rapide ou facile. Et nous savons aussi que même lorsque des orientations de base sont arrêtées, par exemple l'élargissement des systèmes de cotisation, il reste encore à les mettre en pratique - et cela ne va pas sans difficultés.

En réponse à de nombreuses demandes, l'OMS oeuvrera en étroite collaboration avec certains Etats Membres à une Initiative pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé afin d'appliquer le nouveau cadre d'évaluation de l'OMS à l'échelon national et sous-national, d'utiliser cette analyse pour la formulation de la politique nationale, et de travailler ensemble pour favoriser un changement positif. Cinq pays de la Région africaine participent déjà à cette initiative.

En Afrique, nous centrons naturellement notre attention sur le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies infectieuses. Toutefois, le déplacement rapide de la charge de morbidité des maladies infectieuses vers les maladies non transmissibles mettra sérieusement en difficulté les systèmes de soins de santé dans un avenir proche et il faudra donc prendre des décisions difficiles.

Dans la plupart des maladies, il y a un intervalle entre l'exposition au risque et l'apparition des symptômes, mais les décisions politiques pour faire face à l'évolution de la charge de morbidité doivent être prises sans tarder. Il ne fait plus aucun doute que la lutte mondiale contre le tabac est un domaine prioritaire. Au cours des douze prochains mois, nous nous pencherons sur un autre domaine de la santé publique dont on s'est jusqu'alors fort peu soucié : la santé mentale.

L'année prochaine, la Journée mondiale de la Santé, le 7 avril, sera consacrée à la santé mentale. Aucun pays et aucune communauté n'est à l'abri des troubles mentaux. Or, leur impact psychologique, social et économique est énorme. Cependant, la société érige des barrières aux soins et à la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux. Ce qui rend notre tâche doublement urgente, c'est qu'il n'y a aucune raison d'être inactif et encore moins d'exclure. La Journée mondiale de la Santé, l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2001 et le Rapport sur la santé dans le monde 2001 seront tous centrés sur la santé mentale. Ensemble, nous trouverons des solutions et nous efforcerons de faire les changements nécessaires.

Dans le cas du tabac, nous sommes en train d'obtenir des résultats. L'OMS est à la tête de ce combat mondial de santé publique. Nous ne voulons pas de guerre du tabac. Nous voulons une solution au problème.

En octobre, nous entamerons des négociations sur la Convention cadre pour la lutte anti-tabac; c'est la première fois que la communauté de la santé publique négocie un traité. Le processus que nous avons déclenché a déjà suscité un débat mondial et amené les pays ainsi que l'industrie du tabac à réfléchir à leur action du point de vue de la santé publique. Le succès de la Convention cadre dépendra de notre capacité à relier les données éloquentes à des décisions énergiques.

Pour commencer, il y aura deux journées d'audition publique à Genève. Nous écouterons les points de vue de toutes les parties intéressées, y compris les producteurs et l'industrie du tabac, avant de nous atteler à la rédaction du règlement mondial en matière de lutte contre le tabagisme. Ce sera là l'occasion pour tous les intéressés de contribuer à un instrument mondial pour le bien de la santé publique.

Monsieur le Président,

Face aux défis qui se présentent à nous - gouvernements et organisations techniques - comment allons-nous réagir et, vous les Etats Membres, que pouvez-vous attendre de l'OMS ?

Le rôle de l'OMS reste unique. Toutes nos actions visent l'intérêt supérieur de nos mandants, c'est-à-dire le meilleur état de santé possible pour tous les habitants de nos 191 Etats Membres.

Nous cherchons toujours à nous appuyer sur les faits les mieux établis, fondés sur l'analyse de l'expérience et les résultats de la recherche.

Le prochain budget, que nous allons examiner cette semaine, est la meilleure illustration de la façon dont l'OMS est en train de se transformer. Le Budget Programme 2002-2003 est un instrument essentiel pour faire avancer le processus de changement et de réforme au sein de l'OMS. Par son contenu comme par son mode de préparation, il se distingue nettement de celui des exercices précédents.

Le budget est la manifestation d'une nouvelle stratégie institutionnelle qui indique comment l'OMS entend relever les défis posés par l'évolution rapide de la situation sanitaire internationale. Le programme et le budget de chaque domaine d'activité ont été établis conjointement par le personnel des Bureaux régionaux et du Siège grâce à un processus impliquant toute l'Organisation.

Trente-cinq domaines d'activité ont été définis pour l'ensemble de l'Organisation, dont ils représentent les éléments constitutifs communs. Par la même occasion, nous avons clairement défini les onze priorités entérinées par le Conseil exécutif et nous leur avons attribué des ressources supplémentaires.

Les fonds alloués à la Région africaine ont augmenté de façon importante, à la mesure des besoins considérables de cette Région. A la lecture du budget, il faut cependant se rappeler que l'OMS n'est pas un organisme de financement mais une institution au service de la santé.

La nouvelle méthode adoptée pour l'établissement du budget et la planification aura des incidences importantes sur notre travail dans les pays. Nous voulons faciliter une approche stratégique du développement de la coopération de l'OMS avec les pays. Une définition claire des priorités contribuera à assurer une meilleure adéquation entre les besoins des pays et les stratégies adoptées au niveau mondial. Nous examinerons aussi avec les pays les moyens de mettre davantage l'accent sur la coopération avec eux.

Monsieur le Président,

Nous constatons une évolution des mentalités. La santé fait les gros titres. On admet qu'elle joue un rôle essentiel dans la réduction de la pauvreté et qu'elle est un facteur de croissance économique et de progrès social. Les donateurs ont maintenant tendance

à attribuer davantage de crédits aux interventions dirigées contre les maladies. On se rend de plus en plus compte de la nécessité d'accords internationaux et du besoin de coopération entre les pays pour conjurer des menaces telles que le tabagisme, par exemple. Bref, la santé se situe maintenant au centre de la stratégie de développement.

La première décennie de ce siècle peut devenir celle au cours de laquelle les deux milliards d'individus les plus pauvres du monde pourront participer à la révolution pour la santé.

Mais il n'y a là rien d'irréversible. Il nous faut continuer à travailler dur pour maintenir notre élan. La moindre autosatisfaction de notre part risque de dénaturer l'idée que la santé est au coeur du développement - ce ne serait plus que la dernière théorie à la mode et non pas un paradigme nouveau.

Nous sommes sur le point d'enregistrer des progrès réels et considérables pour la santé des plus pauvres mais, pour y parvenir, il nous faut percevoir de façon réaliste ce que nous pouvons faire et ce qu'il nous faudra pour réussir.

Premièrement, nous avons toutes les raisons de solliciter, mais pas à vrai dire d'attendre, des augmentations spectaculaires de l'aide au développement de la part des grands donateurs du monde. La réorientation des ressources risque d'être un rééquilibrage ou une légère augmentation des budgets plutôt qu'une retombée majeure de l'accroissement de la prospérité des nations les plus riches.

Deuxièmement, l'exigence de meilleurs résultats et d'aboutissements mesurables ne se relâchera pas. Ceux qui ne pourront pas démontrer qu'une intensification des activités s'est traduite par une amélioration des indicateurs dans des délais relativement brefs constateront un tarissement du financement.

Troisièmement, bien entendu, le défi est d'abord et avant tout l'affaire des pays eux-mêmes. Un recentrage sur la santé exigera toujours plus d'autofinancement par les pays, de capacité d'absorption et de bonne gouvernance. Lorsqu'il s'agit d'améliorer sensiblement et durablement la santé, rien ne remplacera jamais les populations elles-mêmes et leurs gouvernements.

Efforçons-nous ensemble de saisir cette occasion. Faisons de cette décennie celle de l'extension de la révolution de la santé à toute l'humanité.

Merci.

**ANNEXE 10 : DISCOURS D'OUVERTURE DE SON EXCELLENCE
MONSIEUR BLAISE COMPAORE,
PRESIDENT DU FASO**

Madame le Directeur général de l'OMS,
Monsieur le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA,
Mesdames et Messieurs les Chefs de délégation,
Excellences Mesdames et Messieurs les Chefs de Mission diplomatique,
Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations internationales et
interafricaines,
Honorables invités,
Mesdames et Messieurs,

J'accueille avec plaisir la tenue à Ouagadougou de la cinquantième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique.

Une session qui se tient à un moment exceptionnellement difficile pour les systèmes de santé de notre continent confronté à de nombreux défis.

Mais avant tout, permettez-moi, au nom du Gouvernement et du peuple burkinabé, de souhaiter la bienvenue à nos illustres hôtes.

Je voudrais, en particulier, saluer la présence du Docteur Gro Harlem Brundtland qui coordonne à la perfection les activités de l'Organisation mondiale de la Santé.

Je salue également les initiatives pertinentes déployées par le Docteur Samba et son équipe ainsi que par les Ministres en charge de la santé sur le continent africain.

Mesdames et Messieurs,

La santé, disait Georges Peros : "c'est ce qui sert à ne pas mourir chaque fois qu'on est gravement malade".

Sur le continent africain, au regard des problèmes multiformes de santé auxquels sont confrontées nos populations, il est très souvent difficile de se relever quand on est gravement malade.

C'est pourquoi la mobilisation sociale en faveur de la santé des Africains doit rester forte et nous nous réjouissons de la tenue de cette cinquantième session de l'OMS pour l'Afrique qui doit aborder des thèmes majeurs sur la résorption des déficits de santé sur le continent.

La question primordiale que se posent aujourd'hui les dirigeants africains et les partenaires de l'Afrique, c'est comment assurer un développement économique avec des populations qui font face quotidiennement à des maladies ?

Conscient des liens essentiels qui existent entre la santé et le développement, le Gouvernement du Burkina Faso alloue régulièrement près de 12 % de son budget opérationnel à des activités sanitaires.

Mesdames et Messieurs,

En ces moments de défis pour le système de santé de notre continent, je tiens à féliciter l'Organisation mondiale de la Santé d'avoir, d'une part, franchi des étapes décisives vers l'amélioration de la santé de millions d'individus partout dans le monde et, d'autre part, inscrit la santé des Africains dans des programmes majeurs.

Au cours des dernières années, de nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé en Afrique. L'élimination virtuelle de la poliomyélite dans la presque totalité des pays et les succès enregistrés ces derniers temps dans la lutte contre le poliovirus sauvage, constituent un motif de fierté pour nos pays et pour notre continent.

Par ailleurs, un mécanisme durable pour faire reculer le paludisme est en train de se mettre en place.

De même, au titre des nombreux succès que nous pouvons inscrire au tableau d'honneur de l'Organisation, il y a l'éradication de la variole qui est un acquis considérable dans l'amélioration de la santé de nos populations. A cela, il convient d'ajouter les victoires décisives qui sont remportées sur la lèpre, la dracunculose et la maladie du sommeil.

Dans un monde globalisant, marqué par le progrès des moyens de communication, l'OMS a su faire de la diffusion de l'information sur les maladies et les épidémies une stratégie fondamentale afin de les prévenir et de les combattre.

Mesdames et messieurs,

Nos succès sont appréciables mais les épreuves qui nous attendent sont immenses.

En effet, malgré ces nombreuses réalisations, la population mondiale en général et africaine en particulier vit en ce début de millénaire le drame du VIH/SIDA qui est devenu la première cause de décès sur le continent, devant le paludisme.

Sur le continent africain, la pandémie de VIH/SIDA a fauché plus de vies que la guerre. En 15 ans, 11 millions d'africains ont été emportés par le SIDA dont la propagation hypothèque maintenant la survie même des populations. Nous reconnaissons avec l'ONUSIDA que le bilan de 1999 est inquiétant avec ses 2 millions et demi de morts.

Il est important que les concertations de tous les acteurs se poursuivent et que des actions décisives soient entreprises dès maintenant afin d'éviter que les années à venir soient plus douloureuses pour les populations africaines.

La présente session se penchera entre autres sur l'accès aux soins dans les pays du Sud que constitue certainement une question majeure dans la réponse à l'épidémie du VIH, mais aussi sur l'ensemble des problèmes de santé qui affectent la planète.

A ce titre, la proposition de création d'un fonds de solidarité international pour l'achat des médicaments et la limitation du droit des détenteurs de brevets est intéressante, même si nous pouvons aller plus loin en envisageant des solutions plus globales. Les soins de santé ne sont qu'un des déterminants de la santé. Il est indispensable d'assurer concomitamment pour les populations une bonne santé, un revenu adéquat, une éducation satisfaisante et un travail valorisant.

Honorables invités,
Mesdames et Messieurs,

Je forme l'espoir que cette cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique permette à nos pays, appuyés par l'Organisation mondiale de la Santé, d'engager des stratégies efficaces pour assurer la santé des populations africaines.

Je souhaite pleins succès à vos travaux et déclare officiellement ouverte, la cinquantième session du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé.

Je vous remercie.

ANNEXE 11 : ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CINQUANTE ET UNIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

1. Ouverture de la réunion
2. Constitution du Sous-Comité des Désignations
3. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
4. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC51/1)
5. Nomination des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine 2000 : Rapport annuel du Directeur régional (document AFR/RC51/2) :
 - Rapports d'activité sur des programmes spécifiques
 - Stratégie régionale de la santé mentale
 - Surveillance intégrée de la maladie
 - Initiative pour l'éradication de la poliomyélite
 - Elimination de la lèpre dans la Région africaine
 - Stratégie régionale des opérations d'urgence et de l'action humanitaire
 - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
 - Médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS
 - Situation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la cent-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquante- Cinquième Assemblée mondiale de la Santé : Implications régionales
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé

-
8. Rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Budget Programme 2002-2003 : Plan de mise en oeuvre dans la Région africaine
 - 8.2 Sécurité du sang : Stratégie de la Région africaine
 - 8.3 Santé de l'adolescent : Stratégie de la Région africaine
 - 8.4 Travailler dans les pays et avec eux en Afrique : Stratégie de coopération des pays
 - 8.5 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
 - 8.6 Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine
 9. Tables rondes
 - 9.1 Pour un système de santé plus performant (document AFR/RC51/RT/1)
 - 9.2 Lutte contre la maladie : le rôle de la mobilisation sociale (document AFR/RC51/RT/2)
 - 9.3 Réduction de la pauvreté : le rôle du secteur de la santé (document AFR/RC51/RT/3)
 10. Rapport des Tables rondes
 11. Choix des sujets des Tables rondes de 2002
 12. Décisions de procédure
 13. Dates et lieux de la cinquante-deuxième et de la cinquante-troisième sessions du Comité régional
 14. Adoption du rapport du Comité régional
 15. Clôture de la cinquante et unième session du Comité régional.

ANNEXE 12 : LISTE DES DOCUMENTS

<i>Référence</i>	<i>Titre</i>
AFR/RC50/INF/01	Bulletin d'information
AFR/RC50/1 Rév.3	Ordre du jour.
AFR/RC50/1 Rév.3/Add.1	Programme de travail provisoire
AFR/RC50/2	Activités de l'OMS dans la Région africaine 1998-1999 : Rapport biennal du Directeur régional
AFR/RC50/3	Projet de Budget Programme pour l'exercice 2002-2003 (Partie 1)
AFR/RC50/3	Projet de Budget Programme pour l'exercice 2002-2003 (Partie 2)
AFR/RC50/4	Rapport du Sous-Comité du Programme
AFR/RC50/5	Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
AFR/RC50/6	Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC50/7	Méthodes de travail et durée de l'assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC50/8 Rév.1	Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020
AFR/RC50/9	Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC50/10	Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine
AFR/RC50/11	Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre
AFR/RC50/12	Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre
AFR/RC50/13	Rapport des Discussions techniques
AFR/RC50/TD/1	Réduire la mortalité maternelle : Un défi pour le 21ème siècle
AFR/RC50/TD/2	Directives relatives à l'organisation et à la conduite des Discussions techniques : Réduire la mortalité maternelle: Un défi pour le 21ème siècle
AFR/RC50/14	Choix des sujets des Tables rondes de 2001

AFR/RC50/15	Nomination du Président et du Président suppléant des Tables rondes de 2001
AFR/RC50/16	Dates et lieux des cinquante et unième et cinquante-deuxième sessions du Comité régional
AFR/RC50/17	Rapport du Comité régional
AFR/RC50/18 Rév. 1	Ordre du jour du Sous-Comité du Programme
AFR/RC50/19	Liste des participants
AFR/RC50/20	Améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays en développement : Suivi de la Déclaration du Directeur général à la Cinquante-Troisième assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC50/Conf.Doc/1	Allocution de bienvenue du Dr Alain Ludovic Tou, Ministre de la Santé publique du Burkina Faso
AFR/RC50/Conf.Doc/2	Allocution du Dr Libertine Amathila, Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la Namibie, Président de la quarante-neuvième session du Comité régional
AFR/RC50/Conf.Doc/3	Allocution du Représentant du Secrétaire général de l'OUA
AFR/RC50/Conf.Doc/4	Allocution du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC50/Conf.Doc/5	Allocution du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
AFR/RC50/Conf.Doc/6	Discours d'ouverture de Son Excellence Blaise Compaoré, Président du Faso, Président du Conseil des Ministres
AFR/RC50/Conf.Doc/7	Communication du Dr Astrid N. Heiberg, Président de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
AFR/RC50/Conf.Doc/8	Allocution de Mme Rima Salah, Directrice régionale de l'UNICEF de l'Afrique de l'Ouest et du Centre