



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC50/17
2 septembre 2000

Cinquantième session

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RAPPORT FINAL DE LA CINQUANTIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : DECISIONS DE PROCEDURE ET RESOLUTIONS

(Distribué séparément)

DEUXIEME PARTIE : RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Paragraphes

INTRODUCTION	1 - 39
ORGANISATION DES TRAVAUX	40 - 46
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC50/2)	47 - 162
Introduction	47 - 61
Développement et gestion 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 (document AFR/RC50/5)	164 - 166

Paragrapbes

Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante- Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC50/6)	167 - 172
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC50/7)	173 - 175
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC50/4)	176 - 178
Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2000 (document AFR/RC50/8 Rév.1)	179 - 181
Budget Programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)	182 - 198
Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)	199 - 215
Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)	216 - 224
Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)	225 - 264
Fair reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)	265 - 279
AMELIORER L'ACCES AUX MEDICAMENTS CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC50/20)	280 - 301
DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC50/TD/1)	302 - 310
Choix des sujets des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/14)	307 - 308
Nomination des Présidents et Présidents suppléants des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/15)	309 - 310
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE ET UNIEME ET CINQUANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC50/16)	311 - 314
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC50/17)	
CLOTURE DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	
Allocution de clôture du Directeur régional	
Motion de remerciements	
Allocution du Président et clôture de la réunion	



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC50/17
2 septembre 2000

Cinquantième session

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RAPPORT FINAL DE LA CINQUANTIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : DECISIONS DE PROCEDURE ET RESOLUTIONS

(Distribué séparément)

DEUXIEME PARTIE : RAPPORT DU COMITE REGIONAL

Paragaphes

INTRODUCTION	1 - 39
ORGANISATION DES TRAVAUX	40 - 46
ACTIVITES DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE 1998-1999 : RAPPORT BIENNAL DU DIRECTEUR REGIONAL (document AFR/RC50/2)	47 - 162
Introduction	47 - 61
Développement et gestion 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 (document AFR/RC50/5)	164 - 166

Paragrapbes

Ordres du jour de la cent-septième session du Conseil exécutif et de la Cinquante- Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC50/6)	167 - 172
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC50/7)	173 - 175
RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC50/4)	176 - 178
Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2000 (document AFR/RC50/8 Rév.1)	179 - 181
Budget Programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)	182 - 198
Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9)	199 - 215
Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)	216 - 224
Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)	225 - 264
Fair reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)	265 - 279
AMELIORER L'ACCES AUX MEDICAMENTS CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT D'ACTIVITE (document AFR/RC50/20)	280 - 301
DISCUSSIONS TECHNIQUES (document AFR/RC50/TD/1)	302 - 310
Choix des sujets des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/14)	307 - 308
Nomination des Présidents et Présidents suppléants des Tables rondes de 2001 (document AFR/RC50/15)	309 - 310
DATES ET LIEUX DES CINQUANTE ET UNIEME ET CINQUANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC50/16)	311 - 314
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC50/17)	
CLOTURE DE LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	
Allocution de clôture du Directeur régional	
Motion de remerciements	
Allocution du Président et clôture de la réunion	

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, M. 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 Kwebi, 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 21^{ème} 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 que 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 mars 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 anti-rétroviraux 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 Compaore, 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 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 Compaore 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.

Sao Tomé et Príncipe et le Rwanda étaient absents.

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.

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

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, M. Alain Ludovic Tou, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC50/1 Rév. 2) et le projet d'ajout d'un point portant sur le Prix Comlan Quenum qui 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 Nigeria, 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.

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 gestion 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, il 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

sanitaire 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 est 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 contenu 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 49ème 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 5 000 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 et/ou au renforcement des Systèmes de santé.

96. Etant donné les problèmes actuelles 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 aux partenariats 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 œuvre 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 utilisés 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 nouveaux 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 officielle 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. Kabore, 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 Kabore 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, 37 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 3 134 entre janvier et septembre 1999, contre 1 699 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, 31 pays ont atteints 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 au 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/RC48/45, 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 et le rapport sur la situation sanitaire dans le monde pour l'année 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. De plus, un appui des services Fournitures/approvisionnements ainsi que des services Informatique et télécommunications continue d'être accordé 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 49ème 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 mené 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, le Mr 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 remarquables
- 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 MM. 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 SANTE

163. Le Dr 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 de la Santé (WHA50), ainsi que sur les méthodes de travail et la durée de la 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, de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et de la cinquante et unième session du Comité régional
(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 II - 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 des thèmes intéressants 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. Il 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 21^{ème} 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

Projet de budget programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)

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 105^{ème} 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 USD 15 millions 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 allocations budgétaires destinées 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. 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. En outre, il a été précisé que pour les affectations de fonds pour le paludisme et le VIH/SIDA, bien qu'insuffisantes par rapport aux besoins, ces deux programmes enregistrent une augmentation importante en comparaison de la période biennale précédente. Il a de plus expliqué que le Secrétariat attend des fonds extrabudgétaires substantiels à l'appui de la lutte contre le paludisme.

195. 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.

196. Le Directeur de l'Administration et des Finances a expliqué que l'allocation totale pour la Région est de US \$186 millions dont US \$67 millions pour le Bureau régional et les programmes interpays et US \$119 millions pour les pays qui seront détaillés par pays en fonction de leurs priorités.

197. 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.

198. 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)

199. Le Dr Amegnigan a présenté ce rapport.

200. 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.

201. 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.

202. 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.

203. 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.

204. 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.

205. 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 rédigées 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.

206. 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.

207. Le Comité régional a estimé que cette stratégie devrait être mise en oeuvre de façon progressive et systématique vu la complexité du sujet.
208. 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.
209. 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.
210. 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.
211. 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.
212. 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.
213. 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..

214. 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.

215. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC50/R3.

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

216. 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.

217. 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.

218. Il a indiqué que le Sous-Comité a encouragé les Etats Membres à signer la convention-cadre pour la lutte antitabac.

219. 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.

220. 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.

221. 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.

222. Le Directeur régional a souligné l'importance croissante des MNT dans la Région et le rôle de la stratégie régionale sur le continent.

223. 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/cardioarthropathie 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'endigement 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.

224. 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)

225. 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.

226. 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.

227. 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.

228. Le cadre de mise en œuvre 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.

229. 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.

230. 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.

231. 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.

232. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour la qualité du document.

233. 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.

234. 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.

235. 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.

236. 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.

237. 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.

238. 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 exprimés sur la capacité du ministère de la santé à coordonner et à superviser les autres secteurs.

239. 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.

240. 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.

241. 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.

242. 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.

243. 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.

244. Le Comité régional a voulu savoir si les activités de lutte contre le VIH/SIDA menées par les autres secteurs avaient fait l'objet d'une évaluation et comment les systèmes de santé prenaient en charge les cas de VIH/SIDA.

245. 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.

246. 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.

247. 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.

248. 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.

249. 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.

250. 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).

251. La nécessité d'un Sommet sur le VIH/SIDA auquel tous les chefs d'Etat et autres dignitaires participeraient a été soulignée.

252. 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.

253. 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.

254. 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 concernant 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.

255. 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.

256. 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.

257. 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.

258. 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.

259. 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.

260. 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.

261. 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.

262. 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.

263. Il conclut en invitant instamment les pays à garder l'espoir en faisant largement connaître les succès engrangés.

264. 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)

265. 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.

266. 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.

267. 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.

268. 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.

269. 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.

270. 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.

271. 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..

272. 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.).

273. 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.

274. 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.

275. 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.

276. 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.

277. En ce qui concerne l'utilisation du DDT, le Dr Samba a rappelé au Comité que ce problème avait été discuté à la 49^{ème} 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 49^{ème} 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.

278. 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.

279. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/REC50/R6.

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

280. 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.

281. 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.

282. Il a signalé quelques corrections qui ont été apportées au document, particulièrement à la 4^{ème} 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.

283. 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 groupes de ceux dont il est question dans le document) approchent les pays individuellement, sans passer par le groupe de contact.

284. 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.

285. 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.

286. 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.

287. Le Comité a également souhaité savoir comment les pays ont été pour la mise en oeuvre différentes interventions, soulignant au passage le besoin de transparence à l'occasion de tels processus.

288. 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.

289. 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.

290. S'agissant de l'inscription de la névirapine et de la zidovudine sur l'actuelle liste-type OMS des médicaments essentiels, des délégués ont demandé que le Secrétariat leur explique à quoi servira la réunion du groupe de contact du mois d'octobre 2000 si la question a d'ores et déjà été réglée.

291. 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.

292. 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.

293. 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.

294. 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.

295. 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.

296. 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.

297. 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.

298. 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.

299. 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.

300. 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 parcequ'elle n'est pas associée aux achats groupés de médicaments antirétroviraux au nom des pays.

301. 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)

302. 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.

303. 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.

304. 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.

305. 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.

306. 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)

307. 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.

- 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.

308. 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)

309. 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.

310. 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'île 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)

311. Le Dr Ebrahim 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.

312. 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.

313. Le Comité régional est convenu que la cinquante et unième session se tiendrait à Brazzaville, sauf recommandation contraire de la même équipe d'évaluation qui doit retourner à Brazzaville en janvier 2001. La session se tiendrait du 27 août au 1^{er} septembre 2001.

314. Le Comité régional est convenu en outre que sa cinquante-deuxième session se tiendrait au Bureau régional.