



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC50/4  
28 juillet 2000

Cinquantième session

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

SOMMAIRE

Paragraphes

OUVERTURE DE LA REUNION .....	1 - 7
POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION AFRICAINE POUR LE 21 <sup>ème</sup> SIECLE : AGENDA 2020 (document AFR/RC50/8) .....	8 - 23
PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 2002-2003 (document AFR/RC50/3).....	24 - 27
Première Partie : Projet de budget programme pour l'exercice 2002-2003 .....	28 - 35
Deuxième Partie : Orientations régionales du projet de budget programme pour 2002-2003 .....	36 - 46
Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement.....	47 - 50
Développement et direction d'ensemble des programmes .....	51 - 55
Division de la lutte contre les maladies transmissibles.....	56 - 69
Division de la lutte contre les maladies non transmissibles .....	70 - 82
Division de la santé familiale et de la santé reproductive.....	83 - 91
Division des milieux favorables à la santé et du développement durable .....	92 - 98
Division du développement des systèmes et services de santé.....	99 - 107
Division de l'administration et des finances.....	108 - 116
PROMOUVOIR LE ROLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LES SYSTEMES DE SANTE : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC50/9).....	117 - 133



## Paragrapbes

MALADIES NON TRANSMISSIBLES : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC50/10).....	134 - 148
STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : CADRE DE MISE EN OEUVRE (document AFR/RC50/11).....	149 - 174
FAIRE RECULER LE PALUDISME DANS LA REGION AFRICAINE : CADRE DE MISE EN OEUVRE (document AFR/RC50/12).....	175 - 196
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC50/4) .....	197
ATTRIBUTION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL .....	198
CLOTURE DE LA REUNION .....	199 - 205

## ANNEXES

	Pages
1. Liste des participants .....	28
2. Programme de travail.....	29
3. Ordre du jour .....	31
4. Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020 .....	32
5. Projet de Budget Programme 2002-2003 .....	35
6. Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine.....	36
7. Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine .....	39
8. Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre .....	41
9. Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre .....	45



## OUVERTURE DE LA REUNION

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

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

2. La liste des participants figure à l'Annexe 1.

3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS, a souhaité la bienvenue aux participants et leur a rappelé l'extension des attributions du Sous-Comité du Programme qui doit maintenant discuter en détail le projet de budget programme et tous les documents techniques devant être présentés au Comité régional.

4. Il a ensuite fait certaines observations liminaires détaillées sur tous les documents techniques qui doivent être examinés par le Sous-Comité du Programme, en soulignant le cadre et les points saillants de chaque document. Il a instamment demandé aux membres du Sous-Comité du Programme de prendre énergiquement et clairement position sur les questions techniques afin de guider les Etats Membres sur la manière de s'attaquer aux problèmes de santé auxquels est confrontée l'Afrique.

5. Le Dr H. Attas a exprimé sa reconnaissance pour son élection à la présidence du Sous-Comité du Programme. Il s'est dit persuadé que tous les documents techniques présentés au Sous-Comité du Programme seront discutés en détail et que les membres du Sous-Comité produiront un rapport utile à présenter au Comité régional en août/septembre 2000.

6. Le programme de travail provisoire (Annexe 2) a été adopté sans amendement.

7. Le Sous-Comité du Programme a également adopté l'horaire de travail suivant : de 9 h 00 à 12 h 30 le matin et de 14 h 00 à 17 h 00 l'après-midi, y compris les pauses-café. L'ordre du jour figure à l'Annexe 3.

## **POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION AFRICAINE POUR LE 21<sup>ème</sup> SIECLE : AGENDA 2020** (document AFR/RC50/8)

8. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté le document.

9. Il a déclaré qu'au cours de l'élaboration du document, qui contient huit sections, on avait dûment tenu compte des observations formulées l'année dernière par les membres du Sous-Comité du Programme, concernant la nécessité d'élaborer un document plus clair et plus concis; on a par ailleurs consulté plus largement les pays participants, les experts et les institutions internationales.

10. Il a précisé que la section I met l'accent sur certains efforts déployés dans le domaine du développement sanitaire en ce qui concerne les politiques, les plans et les initiatives élaborés dans la Région depuis 1970.

11. La section 2 présente les principaux problèmes de santé, l'état de santé des populations de la Région ainsi que les déterminants de la santé dans la Région. Au nombre des faits nouveaux positifs figurent : l'accroissement du nombre de pays qui ont élaboré des stratégies complètes de

AFR/RC50/4

Page 2

réduction de la pauvreté, la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, l'éradication de la variole

et les efforts en cours pour éradiquer la poliomyélite et la dracunculose ainsi que pour éliminer la lèpre.

12. La section 3 analyse les principaux facteurs permettant de renforcer le développement sanitaire, en identifiant les opportunités à saisir ainsi que les menaces pour le développement sanitaire. Elle présente également la capacité de surmonter la pauvreté et celle d'assurer à tous l'accès aux soins de santé essentiels comme les deux incertitudes critiques de l'avenir.

13. La section 4 indique que la vision du développement sanitaire à l'horizon 2020, consistera à vaincre les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance, dans un contexte de bonne gouvernance et de développement autonome de systèmes de santé proactifs. La solidarité; l'équité; l'éthique et l'identité culturelle seront des systèmes de valeurs et des principes importants pour la réalisation de cette vision.

14. Il a déclaré que la section 5, qui décrit l'*Agenda de Santé 2020*, énonce les quatre orientations stratégiques suivantes : créer et gérer des environnements favorables à la santé, réformer les systèmes de santé en s'inspirant des principes des soins de santé primaires, responsabiliser les populations et leur assurer un soutien aux niveaux individuel, familial et communautaire, et créer les conditions nécessaires à la participation et au leadership des femmes dans le développement sanitaire.

15. La section 6 met l'accent sur les facteurs suivants qui amélioreraient la mise en oeuvre de la politique ou qui seraient décisifs à cet effet : la promotion de l'approche intersectorielle relative aux déterminants de la santé, le rôle fondamental qui incombe à l'Etat dans les questions de financement, d'administration et de promotion de la santé, la manière d'aborder la santé telle que définie par l'OMS et le fait de placer la santé au centre du développement.

16. Il a souligné que l'OMS devrait fonder ses actions sur les réalités et les nécessités des pays, contribuer véritablement à la création d'environnements favorisant la santé, diffuser un cadre concerté pour le développement et le renforcement des systèmes de santé. L'OMS pourrait également apporter son concours à l'examen des politiques nationales, contribuer à la mobilisation de ressources pour la mise en oeuvre de celles-ci et évaluer les progrès accomplis par les pays dans la mise en oeuvre de la *Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle: Agenda 2020*.

17. La conclusion, section 8, souligne l'importance et la nature intersectorielle de la politique et la nécessité d'une volonté politique des plus résolue pour sa mise en oeuvre. Le Dr L.G. Sambo a conclu en priant le Sous-Comité d'examiner avec soin le document et de faire part de ses commentaires et orientations pour faciliter les débats du Comité régional.

18. Les membres du Sous-Comité ont remercié le Secrétariat d'avoir incorporé les principaux commentaires faits l'année dernière sur le projet précédent. Ils se sont déclarés en général satisfaits de la clarté et de la concision du document actuel qui fournirait un cadre utile aux Etats Membres pour élaborer leurs politiques sanitaires.

19. Le Sous-Comité a fait observer que le fait que l'Afrique, le continent le plus riche en

ressources naturelles, soit le continent le plus pauvre sur le plan du développement socio-économique général, avec les conséquences que cela entraîne sur la santé, devrait vivement préoccuper les dirigeants des pays de la Région.

20. Le Sous-Comité a également souligné l'importance des facteurs suivants pour mener à bien l'*Agenda Santé 2020* : le patriotisme sur le plan de l'utilisation des ressources de l'Afrique pour développer le continent africain, un mode de gestion axé sur les résultats, une bonne gouvernance dans tous les domaines, des conditions économiques et politiques stables, une véritable indépendance politique et économique nationale, une gestion probante de l'environnement, des ressources suffisantes ainsi que leur allocation rationnelle et leur utilisation efficace.

21. En vue d'améliorer le document, les Membres du Sous-Comité ont fait les commentaires spécifiques suivants :

- a) Au paragraphe 13, revoir la seconde phrase pour lire "Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité sur le continent".
- b) Au paragraphe 23, ajouter "l'inadéquation ou l'absence de recherche dans le domaine de la santé" dans l'énumération des obstacles et ajouter après la "fuite des cerveaux" "en raison de rémunération insuffisante".
- c) Remplacer le titre "Opportunités", page 5, par "Opportunités en émergence".
- d) Ajouter à la liste des opportunités "Mise à la disposition des médicaments antirétroviraux à des coûts abordables".
- e) Permuter les paragraphes 33 et 34.
- f) Ajouter au principe (b) dans le paragraphe 35 "Assurer l'égalité des sexes".
- g) Mettre le paragraphe 36 de la version française au futur.
- h) Faire en sorte que le point (c) du paragraphe 37 reflète la nécessité de créer des conditions permettant aux jeunes de participer au développement sanitaire et d'y jouer des rôles prépondérants.
- i) Au paragraphe 37 créer un nouveau point (e). Ce nouveau point devrait appréhender la nécessité de développer une culture autochtone de la recherche en santé et favoriser la coopération technique entre les pays dans les domaines de la recherche en santé et de la prestation de services.
- j) Au paragraphe 39, reformuler les points, notamment, ceux commençant par "garantir" et revoir également le point (h) pour lire "assurer un accès permanent à des aliments de valeur nutritionnelle suffisante".
- k) Au paragraphe 40, remplacer "restaure" par "établisse".



- l) Au paragraphe 44 (point c), il a été suggéré qu'il serait important que les pays respectent la Charte du malade pour favoriser une plus grande participation du secteur privé, afin d'élargir l'accès de la population aux soins de santé.
  - m) Au paragraphe 50, ajouter "soins de réadaptation" dans la dernière phrase.
  - n) Page 10, remplacer le titre "Créer les conditions..." par la rubrique (d) du paragraphe 37.
  - o) Rattacher les cibles de l'annexe au "Cadre de mise en oeuvre" par une note de bas de page renvoyant à l'annexe dans le paragraphe approprié de la présente section.
  - p) Au paragraphe 56, remplacer "diffuser" par "préparer et diffuser" et ajouter à ce paragraphe en tant que point (f) "Continuer de faire campagne avec énergie pour l'allègement de la dette et l'utilisation d'une partie importante des économies ainsi réalisées pour le développement sanitaire".
  - q) Ajouter "Diabète" à la cible 13 dans l'annexe du document.
  - r) Au paragraphe 3 du *résumé* ajouter "Développer une culture autochtone de la recherche en santé et favoriser la coopération technique entre les pays dans les domaines de la recherche sur la santé et de la prestation de services" en tant que point (e).
22. Les précisions recherchées par le Sous-Comité ont été fournies par le Secrétariat.
23. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution qui sera soumis au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 4).

### **PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 2002-2003**

(document AFR/RC50/3)

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

mondiale de la Santé en mai 2001; et la deuxième partie, “**Orientations régionales 2002-2003**”, qui doit servir de guide à la mise en oeuvre du budget programme dans la Région africaine au cours de l'exercice 2002-2003.

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

28. La première section : *Politique et budget pour une seule OMS*, présente dans sa première partie, les caractéristiques essentielles du projet de budget programme, à savoir : un cadre politique avec des priorités bien définies (dont 11 ont été fixées par le Conseil exécutif à sa 105<sup>e</sup> session) ; une structure budgétaire qui reflète mieux le rôle de l'OMS (35 domaines d'activité définis pour l'ensemble de l'Organisation et constituant les éléments communs du projet du budget programme) ; un programme institutionnel élaboré en commun (associant le personnel des bureaux régionaux et du Siège); l'accent mis sur les résultats ou sur l'application d'une budgétisation fondée sur les résultats (c'est-à-dire que, pour chaque domaine d'activité, trois niveaux d'objectifs ont été définis) ; l'indication des bases de l'évaluation et une focalisation très nette sur les activités dans les pays (pour une meilleure efficacité des programmes de pays de l'OMS).

29. La deuxième partie de la première section est consacrée au cadre politique, qui correspond au cadre de mise en oeuvre de la stratégie institutionnelle de l'OMS, décrit l'évolution du contexte de la santé internationale, les quatre orientations stratégiques, les six fonctions essentielles de l'OMS et les 11 priorités mondiales de l'Organisation.

30. La troisième partie de la première section présente la vue d'ensemble des ressources en indiquant le plan des dépenses pour l'exercice 2002-2003, dont la somme provenant du budget ordinaire et des autres sources de financement s'élève à US \$2 246 654 000. Le budget ordinaire, qui totalise US \$842 654 000 se répartit ainsi entre pour les trois niveaux de l'Organisation : US \$276 149 000 pour le Siège, US \$234 722 000 pour les bureaux régionaux et US \$331 783 000 pour les pays. En ce qui concerne les autres sources de financement, une somme de US \$1 404 000 000 est attendue, mais le chiffre n'a pas été confirmé.

31. Le Dr L. Sambo a indiqué que la deuxième section du document présente les orientations stratégiques pour 2002-2003 par domaine d'activité et montre clairement, pour chaque domaine, les problèmes et enjeux, le but et les objectifs de l'OMS, les résultats escomptés, les indicateurs et les ressources.

32. A la suite de cette présentation, le Dr Sambo a expliqué que le Sous-Comité du Programme devrait prendre connaissance du “**Projet de budget programme OMS pour l'exercice 2002-2003**” et présenter ses observations sur ce projet de document qui doit être soumis l'année prochaine aux Organes directeurs de l'OMS au niveau mondial.

33. Les membres du Sous-Comité ont fait les observations et suggestions suivantes :

- a) en ce qui concerne les priorités mondiales, il a été suggéré que d'autres maladies soient ajoutées au chapitre de la sécurité transfusionnelle et qu'un mémorandum d'accord soit

établi entre les partenaires mentionnés dans ce domaine prioritaire, car la plupart d'entre eux n'étaient pas au courant de cette collaboration au niveau des pays;

- b) le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA, qui sont actuellement regroupés dans le même domaine prioritaire, devraient être séparés;
- c) parmi les données nécessaires à la surveillance des maladies, il faudrait mentionner non seulement la disponibilité des informations, mais aussi leur qualité;
- d) en anglais, le terme " urgencies " devrait être remplacé par " emergencies ";
- e) les chiffres du précédent exercice biennal devraient être inclus dans les tableaux;
- f) il faudrait se préoccuper de la destruction des matériels usagés en plastique;
- g) les compressions d'effectifs exigées par les organismes internationaux pour des raisons de quotas ont des effets négatifs sur les services de santé;
- h) des questions ont été posées sur les critères retenus pour répartir les fonds régionaux entre les pays.

34. Le Dr L. Sambo, Directeur de la Gestion des Programmes, a donné au Sous-Comité l'assurance que les indications et les suggestions des membres concernant le document avaient été notées.

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

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

36. Le Dr L. Sambo a présenté la deuxième partie du projet de budget programme qui donne des orientations régionales pour la mise en oeuvre du budget programme stratégique (1<sup>ère</sup> partie). Il a ajouté que le document tenait compte des principales orientations de la stratégie institutionnelle de l'OMS, de la situation sanitaire régionale et de ses défis, ainsi que de la nécessité pour l'OMS de répondre aux attentes des pays de la Région africaine.

37. Il a exposé la structure générale du document qui se présente ainsi : Résumé, Avant-propos du Directeur régional, Situation générale, Résumé des Tableaux budgétaires, Domaines d'activité au niveau du Bureau régional, répartis en huit groupes correspondant à la structure du Bureau régional.

38. Il a énuméré les éléments qui ont servi à préparer les orientations régionales, à savoir : le Neuvième Programme général de Travail (1996-2001); le cadre politique pour la coopération du Bureau régional avec les Etats Membres de la Région africaine; les vastes réformes touchant l'ensemble de l'Organisation qui ont été lancées en 1998 par le nouveau Directeur général; la stratégie institutionnelle (Programme général de Travail pour la période 2002-2005); la restructuration du Bureau régional de l'Afrique visant à tenir compte des réformes et à mieux répondre aux demandes des pays; les priorités sanitaires régionales pour 2000-2001 adoptées par le quarante-neuvième Comité régional de l'Afrique; les onze priorités mondiales proposées par le Directeur général pour 2002-2003 et adoptées par le Conseil exécutif.

39. M. Chandra, du Secrétariat, a complété la présentation en apportant les précisions suivantes :

- a) Sur le budget ordinaire de US \$186 472 000 alloué à la Région, US \$66 939 000 (environ 38 %) sont affectés au Bureau régional et aux programmes interpays, et US \$119 533 000 (environ 62 %) aux pays.
- b) Sur les US \$253 140 000 provenant d'autres sources, le Bureau régional et les programmes interpays reçoivent US \$251 682 000 et les pays US \$1 458 000.
- c) Aucune augmentation des coûts n'a été prévue dans le budget en dépit du fait que les variations de coûts ne soient pas rares dans la Région.
- d) Si le Bureau régional devait revenir à Brazzaville il faudrait prévoir US \$15 millions de plus pour l'exercice biennal;
- e) Le Directeur général a décidé d'allouer 2 % à la Région africaine, au lieu de 3 %.

40. Le Dr L. Sambo a conclu sa présentation en invitant le Sous-Comité du Programme à examiner les "**Orientations régionales**" et plus particulièrement les points suivants :

- a) les orientations régionales spécifiques concernant les politiques, les priorités et les affectations budgétaires;
- b) les résultats escomptés et la stratégie générale pour chaque domaine d'activité;
- c) tout autre aspect qui pourrait contribuer à améliorer le processus d'examen, d'adoption et de mise en oeuvre du budget programme de l'OMS pour l'exercice 2002-2003.

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

41. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour la clarté et l'exhaustivité du document.

42. Ils voulaient savoir si les chiffres présentés constituaient des estimations approximatives et pourquoi certains programmes ne bénéficiaient pas de ressources extrabudgétaires.

43. Certains se sont étonnés que 2 % seulement des économies mondiales soient affectées à la Région africaine plutôt que 3 %.

44. Des membres se sont demandés si une planification conjointe ne serait pas possible avec les pays comme c'est le cas entre le Siège et les bureaux régionaux. Ils voulaient aussi connaître l'état du paiement des contributions des Etats Membres à l'OMS.

45. Il a été proposé que les cibles figurant dans les différents documents soient synchronisées. Des membres ont aussi demandé si les pays avaient la possibilité d'ajouter leurs propres priorités.

46. Le Secrétariat a donné les réponses suivantes aux questions posées par des membres : au stade du processus gestionnaire suivi par l'OMS, les chiffres communiqués ne peuvent pas être plus détaillés; certains programmes ne sont pas attrayants pour les donateurs tandis que d'autres sont purement des programmes de l'OMS qui, normalement, n'auront pas besoin de financement extrabudgétaire; la réaffectation de 3 % attendue des autres régions a été limitée à 2 % par le Directeur général en raison des problèmes que connaissent ces autres régions, mais le Directeur régional espère une réaffectation de 4 % en 2004-2005; des facteurs de coût ont jusqu'ici empêché de procéder à une planification conjointe avec les pays, mais cela pourrait se faire à l'avenir; les cibles énoncées dans le document diffèrent des cibles qui figurent dans d'autres documents - par exemple celui qui concerne la santé pour tous - à cause d'horizons différents; enfin, les priorités régionales tiennent compte des priorités nationales mais ce sont ces dernières qui sont suivies au niveau national.

#### **Programmes du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement**

47. Le Dr L. Sambo a présenté brièvement ce secteur de la deuxième partie du projet de budget programme.

48. Il a précisé que le domaine d'activité du Directeur régional comprenait deux volets destinés à couvrir les dépenses liées à l'action de direction et à la mise en oeuvre des résolutions des organes directeurs ainsi qu'à répondre à des besoins imprévus et fournir une amorce de financement pour de nouvelles initiatives.

49. Il a été proposé que le fonds du Directeur régional pour le développement ne soit pas utilisé uniquement pour les visites que celui-ci effectue dans les pays.

50. Le Directeur régional a expliqué que les subventions versées pour appuyer des initiatives dans des pays ou répondre à des besoins nationaux ne servaient pas uniquement à financer ses visites dans les pays. Il a remercié les Ministres de ne pas exercer de pression sur lui s'agissant des subventions ou du recrutement.

#### **Développement et direction d'ensemble des programmes**

51. Cette partie du document a elle aussi été brièvement présentée par le Dr L. Sambo.

52. Il a souligné dans leurs grands axes les six sous-composantes ci-après et indiqué les crédits affectés à chacune d'elles : préparation et réponse aux situations d'urgence; bases factuelles à l'appui des politiques

de santé; politique et promotion de la recherche; organes directeurs; mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats; enfin, budget et réforme administrative.

53. Les membres ont fait les observations suivantes sur cette partie du document :

- a) Le Bureau régional devrait veiller à ce que tous les pays participent aux activités relevant des opérations d'urgence et de l'action humanitaire (EHA).
- b) Le montant affecté à EHA a été jugé trop modeste vu l'ampleur des problèmes dans la Région.
- c) Le montant affecté à la politique et la promotion de la recherche a été jugé trop modeste compte tenu des besoins; il a été recommandé de mobiliser localement des fonds supplémentaires, en particulier auprès du secteur privé.

54. Le Directeur régional a précisé que l'unité Opérations d'urgence et action humanitaire (EHA) du Bureau régional avait été créée il y avait quelques années pour aider les pays dans ce domaine, ajoutant que, si le Bureau régional avait organisé avec tous les pays des réunions à la suite desquelles ils étaient censés désigner des points focaux pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, certains pays ne l'avaient cependant pas encore fait. Il a donc lancé un appel aux membres du Sous-Comité pour qu'ils aident à faire avancer les choses dans leur pays; il a précisé que les représentants de l'OMS dans les pays avaient reçu pour instructions d'affecter quelques fonds à des situations d'urgence; ils avaient également été autorisés à réaffecter, en cas de situation d'urgence, des fonds prévus pour les pays, en consultation avec les autorités nationales.

55. Il a informé le Sous-Comité que, si les budgets de recherche explicitement indiqués n'étaient pas très substantiels, chaque programme technique (ou domaine d'activité) avait une composante recherche à laquelle des crédits étaient affectés. Il a rappelé au Sous-Comité que le problème du peu d'importance ou de la faible priorité accordés à la recherche concernait surtout les pays qui ne possédaient pas vraiment de culture de la recherche en santé. Mais il est vrai qu'il faut associer le secteur privé au financement de la recherche aux niveaux régional et national.

#### **Division de la lutte contre les maladies transmissibles**

56. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a présenté cette section.

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

58. Les cadres de mise en oeuvre ont été préparés pour la lutte contre le VIH/SIDA et le projet "Faire reculer le paludisme" et les documents correspondants seront soumis au Comité régional. Il s'agit de donner aux pays un outil pour accélérer la lutte contre les maladies en question et centrer sur ces priorités les crédits du budget ordinaire et les fonds extrabudgétaires durant la période biennale.

59. L'une des caractéristiques saillantes du budget programme pour la lutte contre les maladies transmissibles est qu'il est centré sur les résultats et précise le rôle du Bureau régional dans la mise en place des capacités nationales de lutte contre ces maladies. Il est en outre vivement recommandé d'instaurer une collaboration et un partenariat avec tous les acteurs de la santé et le budget doit être considéré comme complétant les efforts des pays.

60. Pour chaque domaine d'activité, on a dégagé les problèmes et les enjeux, les résultats escomptés et les ressources nécessaires à la mise en oeuvre. Le budget total affecté à l'ensemble des secteurs d'activité pour la période biennale s'élève à US \$7 999 000.
61. Des membres se sont inquiétés de la légère diminution du budget de la recherche et du développement des produits pour les maladies transmissibles. Peut-être pourrait-on s'efforcer de mobiliser des fonds localement en Afrique pour combler le déficit.
62. Certains membres ont estimé que le document aurait dû faire mention de la réunion organisée récemment sur le paludisme à Abuja.
63. Il a été suggéré que les pays soient instamment invités à baisser les prix des moustiquaires et d'autres matériels indispensables à la prévention du paludisme.
64. Il a été vivement recommandé de demander instamment aux pays de créer une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH/SIDA afin de faire la preuve de leur volonté politique et de leur détermination à résoudre ce grave problème.
65. On a fait observer que le document avait apparemment omis de souligner l'importance du développement des vaccins.
66. Des membres ont noté que, si les journées nationales de vaccination (JNV) avaient été couronnées de succès, la vaccination systématique avait été en revanche oubliée et qu'il fallait donc lui redonner la place voulue. Il faut considérer la mobilisation sociale comme une stratégie capitale pour l'exécution d'un programme de vaccination : en effet, certains pays hésitent à entreprendre des activités de vaccination pour des raisons culturelles.
67. Des membres ont estimé qu'il fallait renforcer la surveillance des maladies et notamment veiller à ce que la vaccination contre la fièvre jaune soit pratiquée.
68. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que l'on rechercherait des fonds extrabudgétaires pour se procurer les médicaments dirigés contre les infections opportunistes, que le document révisé ferait mention du Sommet d'Abuja sur le paludisme, que des initiatives africaines pour le développement de vaccins recevaient l'appui du Bureau régional, que l'on s'attaquait au problème du recul de la vaccination de routine, que le Secrétariat approuvait l'idée de demander aux pays de signer la convention cadre pour la lutte anti-tabac et, enfin, que des efforts seraient faits pour renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë.
69. Le Directeur régional a rappelé combien il était nécessaire que les pays créent une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH/SIDA en lui affectant des montants substantiels pour démontrer leur volonté politique et leur détermination à lutter contre la pandémie. Il a ajouté qu'un mémorandum serait adressé aux représentants de l'OMS dans les pays pour leur demander de rassembler des informations sur les montants consacrés dans les budgets nationaux à la lutte contre le VIH/SIDA.

#### **Division de la lutte contre les maladies non transmissibles**

70. Le Dr M. Belhocine, du Secrétariat, a présenté cette section.
71. Il a fait observer que la Division comprenait sept domaines d'activité : maladies non transmissibles, tabac, nutrition, salubrité des aliments, promotion de la santé, incapacités et traumatismes : prévention et

réadaptation, et enfin santé mentale et toxicomanies.

72. Les principales questions et les stratégies d'appui aux pays ont été exposés comme suit:
- a) Maladies non transmissibles : élaborer des politiques et mener des programmes visant à prévenir et combattre les principales maladies non transmissibles en faisant appel à des approches multisectorielles globales et à des interventions rentables.
  - b) Tabac : mettre au point et appliquer des politiques exhaustives de lutte anti-tabac dans l'esprit de la convention cadre pour la lutte anti-tabac.
  - c) Nutrition : élaborer un plan d'action national pour la nutrition, l'alimentation du nourrisson, la lutte contre les carences en micro-nutriments et la nutrition en situation d'urgence.
  - d) Salubrité des aliments : intégrer une composante salubrité des aliments dans les programmes de développement.
  - e) Promotion de la santé : consolider les approches participatives et interactives de la promotion de la santé.
  - f) Incapacités et traumatismes - prévention et réadaptation : réadaptation à base communautaire, mines antipersonnel et cécité.
  - g) Santé mentale : intégrer les programmes de santé mentale dans les soins de santé primaire et dans les activités à base communautaire.
73. Le Dr Belhocine a ajouté que le budget total affecté à la mise en oeuvre des programmes de la Division s'élevait à US \$6 058 000.
74. Le Sous-Comité a estimé qu'il fallait mieux sensibiliser aux risques que comporte le tabagisme pour la santé et aussi encourager les pays africains à signer la convention cadre pour la lutte anti-tabac.
75. Il faudrait inclure dans les activités d'autres stupéfiants consommés dans la Région et peut-être aussi la question du VIH/SIDA et de l'allaitement au sein en rapport avec l'Initiative pour les Hôpitaux amis des bébés.
76. Des inquiétudes ont été exprimées concernant la qualité des aliments, et l'on a souligné la nécessité d'inclure cette question dans le domaine d'activité relatif à la salubrité des aliments. En outre il faudrait faire mention des maladies d'origine hydrique.
77. Peut être le rapport pourrait-il mentionner les résultats de la réunion sur la promotion de la santé tout récemment organisée au Mexique en juin 2000.
78. Des membres ont fait observer que le montant affecté à la prévention des incapacités et la réadaptation était trop modeste compte tenu des besoins.



79. On a souligné la nécessité de former et de recruter davantage de physiothérapeutes appelés à travailler dans la communauté.

80. Le Directeur régional a fait observer que certains pays occidentaux qui, au départ, ne souhaitaient pas s'occuper du problème du tabac s'y étaient maintenant attelés. C'est toutefois un dilemme pour certains pays de la Région, notamment ceux qui tirent du tabac une grande partie de leurs recettes en devises. Il faut rassembler des faits pour pouvoir comparer les bénéfices tirés des exportations du tabac et l'impact négatif du tabagisme sur la santé au plan national pour inciter les gouvernements à prendre des mesures novatrices face au problème.

81. Le Directeur régional a informé le Sous-Comité que, d'après un rapport qu'il avait reçu, bon nombre des ministres présents au Mexique à la réunion sur la promotion de la santé avaient eu le sentiment que les discussions ne concernaient pas vraiment l'Afrique. Aussi est-il prévu d'organiser une réunion régionale sur ce sujet à l'avenir.

82. Il a approuvé la suggestion selon laquelle les jeunes devraient être associés au développement plutôt que d'en être les bénéficiaires passifs, et a dit considérer lui aussi qu'il fallait former et recruter davantage de physiothérapeutes.

### **Division de la santé de la famille et de la santé reproductive**

83. Le Dr B. Nasah, du Secrétariat, a présenté cette section du projet de budget programme.

84. Il a énuméré les domaines d'activité de la division, comme suit : santé de l'enfant et de l'adolescent; santé de la reproduction : développement du programme et recherche; pour une maternité à moindre risque; et santé et développement de la femme. Il a mis également en lumière la stratégie générale et les résultats escomptés ainsi que les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.

85. Il a déclaré que l'OMS apporterait son concours aux pays dans l'élaboration et la traduction de leurs stratégies nationales fondées sur la stratégie régionale de la santé reproductive, afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle. En outre, la capacité des pays en matière de maternité à moindre risque serait renforcée en leur assurant les informations nécessaires, un environnement porteur et de bons services de santé.

86. Les partenariats sont de la plus grande importance pour la solution des problèmes de santé reproductive. Les Etats membres sont invités à mettre en place des cadres d'habilitation juridique et sociale et à formuler des plans et politiques susceptibles de réduire fondamentalement la

discrimination contre les femmes, d'améliorer leur statut social et leur santé tout au long du cycle vital.

87. Certains membres ont proposé de faire participer les jeunes au processus des soins de santé plutôt que de ne voir en eux que de simples bénéficiaires.

88. Des éclaircissements ont été demandés quant à la raison pour laquelle la santé de l'enfant et de l'adolescent figure dans deux divisions à savoir, celle de la lutte contre les maladies transmissibles et celle de la santé familiale et de la santé reproductive.

89. Certains membres étaient surpris de ce que le document ne traitait pas de la question des taux élevés de fécondité.

90. Le Directeur régional a expliqué que quand bien même il y aurait un certain recoupement entre divisions, le Directeur de la gestion du programme veillait à ce que ce recoupement favorise la complémentarité plutôt que la concurrence.

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

### **Division des milieux favorables à la santé et du développement durable**

92. Le Dr E. Anikpo, du Secrétariat, a présenté cette section.

93. Elle a indiqué que la division couvrait deux domaines d'activité, à savoir : développement durable, et santé et environnement. Le premier comporte deux grands axes: réduction de la pauvreté, notamment par la santé, et une approche à long terme du développement durable.

94. Le deuxième domaine vise à traiter des questions relatives à l'environnement et à la santé en privilégiant ce qui suit : eau et assainissement; évaluation des risques liés à l'environnement; médecine du travail; et initiative villes-santé.

95. Elle a mentionné ensuite la stratégie générale, les résultats escomptés et le budget affecté à chaque domaine d'activité.

96. Certains membres ont rappelé au secrétariat que le PNUD et le PNUE ont un avantage comparatif dans les domaines de la réduction de la pauvreté et de l'environnement. Ils ont proposé que la question des soins aux personnes âgées soit traitée et que l'on accorde une large place à la lutte contre la pollution ménagère et industrielle.

97. Le Directeur régional a expliqué que si le PNUD et le PNUE avaient un avantage comparatif pour les questions relatives à l'environnement, les deux organisations s'intéressaient

davantage à l'aspect développement de ces questions qu'à l'aspect santé. Par ailleurs, en appuyant les efforts nationaux axés sur le développement, les institutions internationales ne tenaient souvent pas compte des effets nuisibles pour la santé de leurs actions. Pour ces raisons, entre autres, l'OMS avait un rôle important à jouer dans ce domaine.

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

### **Division du développement des systèmes et services de santé**

99. Le Dr Chatora, du Secrétariat, a présenté cette section.

100. Il a fait remarquer que la division couvrait trois domaines d'activité à savoir : médicaments essentiels et politique pharmaceutique; sécurité transfusionnelle et technologie clinique; et organisation des services de santé.

101. Le développement du domaine d'activité lié aux médicaments essentiels et à la politique pharmaceutique se justifie à plusieurs titres : l'accès limité aux médicaments salvateurs; la nécessité d'un accès accru aux médicaments pour les maladies prioritaires telles que le paludisme; et la situation qui ne fait que s'aggraver en ce qui concerne le VIH/SIDA, la tuberculose, etc. Pour ce qui est de la sécurité transfusionnelle et de la technologie clinique, il s'agit de répondre aux besoins exprimés par les pays en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion de la qualité, de fiabilité des services de diagnostic et de sécurité des produits sanguins; le bien fondé de l'organisation des services de santé découle de la politique de la santé pour tous au 21ème siècle ainsi que du fait que le développement des systèmes de santé a été entravé par divers facteurs.

102. Le Dr. Chatora a communiqué ensuite les priorités, les résultats escomptés et les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.

103. Certains membres ont estimé que la question des médicaments contrefaits, des drogues illicites et de la vente illicite de médicaments devait être mentionnée dans le document. En outre, il serait bon de traiter de la question de l'assurance de la qualité des médicaments et des préservatifs.

104. Il a été proposé que l'accès aux médicaments comprenne *tous* les médicaments essentiels et que l'on envisage une production locale en Afrique, notamment sur une base sous-régionale.

105. Le manque de technologie et le fait qu'il est nécessaire de mettre l'accent sur l'importation, l'utilisation et l'entretien adéquat des technologies cliniques ont été notés.

106. Le Directeur régional a souligné la nécessité de contrôler la vente illicite de médicaments ainsi que l'importation de médicaments falsifiés. Il a ajouté que le Bureau régional faisait de son mieux pour ce qui est du contrôle de la qualité des médicaments en appuyant certains laboratoires nationaux de produits sanguins. Le problème toutefois est que les installations qui se trouvent dans certains pays ne sont utilisées que par le pays même et ne servent même pas aux

pays voisins.

107. Il a estimé lui aussi que les pays de la Région devaient prendre davantage au sérieux la question de la production locale de médicaments. Il a rappelé au Sous-Comité que la question avait été soulevée pour la première fois pendant la quarante-cinquième session du Comité régional à Libreville (Gabon). La nécessité d'entreprendre la production sur une base sous-régionale en vue d'économies d'échelle a été soulignée.

### **Division de l'administration et des finances**

108 M. B. Chandra, du Secrétariat, a présenté cette section.

109. Il a indiqué les quatre domaines d'activité de la division, à savoir : gestion et diffusion de l'information sanitaire; ressources humaines; gestion financière; et informatique et infrastructure. Il a mentionné ensuite la stratégie générale, les résultats escomptés et les affectations budgétaires pour chaque domaine d'activité.

110. Certains membres ont estimé que la question des arriérés de contribution des Etats Membres devait faire partie du *Résumé* afin d'attirer l'attention des ministres sur ce problème grave.

111. Le Directeur régional, dans ses remarques générales sur le projet de budget programme, a indiqué que le Bureau régional était doté d'un personnel dévoué, loyal, infatigable et acquis aux principes de la transparence grâce auquel les activités du Bureau régional allaient de l'avant. La méthode employée pour le recrutement des nouveaux membres du personnel ainsi que les encouragements dispensés au personnel déjà en place avait grandement contribué à cette situation.

112. Du fait que les fonds régionaux étaient utilisés de manière transparente et responsable, le rapport d'audit des finances de la Région était positif pour la première fois depuis de nombreuses années, et le financement extrabudgétaire était passé de US \$36 000 000 à US \$244 000 000 dans l'espace de six ans. Il a invité les membres du Sous-Comité à ne rien négliger pour assurer une utilisation transparente et responsable des ressources financières au niveau des pays.

113. Il a également invité le Sous-Comité à expliquer aux pays qui ne connaissent pas le système de contrôle financier du Bureau régional que celui-ci est essentiel au maintien d'une gestion financière transparente et responsable et qu'il ne s'agit aucunement de congestion bureaucratique induite ni d'avarice de la part du Bureau régional.

114. Le Directeur régional a estimé lui aussi qu'il fallait que les Etats Membres s'acquittent de leurs arriérés de contribution et dit que cette question délicate avait été soulevée à plusieurs reprises. Il a informé le Sous-Comité que la liste des pays pouvait lui être fournie comme l'avaient demandé certains membres et qu'il incomberait alors au Sous-Comité de voir comment utiliser au mieux cette information pour renforcer le paiement des arriérés.

115. Il a conclu en exprimant sa gratitude au Gouvernement et au peuple de la République du Zimbabwe pour avoir non seulement accepté d'accueillir le Bureau régional après qu'il ait été délogé de son Siège à Brazzaville en 1997, mais aussi pour les efforts qui n'ont cessé d'être

déployés pour accommoder le personnel de manière confortable, en dépit du fait que les effectifs sont passés de 240 au départ à 350 actuellement. Il a prié les membres de porter ses commentaires à l'attention du Comité régional et les a invités à prendre le temps de faire la tournée du Bâtiment principal ainsi que des nouveaux bureaux sis à Highlands, un des quartiers de Harare.

116. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution qui sera soumis au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 6).

### **PROMOUVOIR LE ROLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LES SYSTEMES DE SANTE : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE**

(document AFR/RC50/9)

117. Le Dr R. Chatora du Secrétariat a présenté ce document.

118. Il a brièvement expliqué la méthode suivie pour élaborer le document et a ensuite énuméré ses différents chapitres.

119. Il a indiqué que compte tenu de l'importance et du potentiel de la médecine traditionnelle et du fait que 80 % des populations rurales vivant dans les pays en développement sont tributaires de la médecine traditionnelle pour leurs besoins en soins de santé primaires, la quarante-neuvième session du Comité régional avait invité le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique à élaborer une stratégie régionale complète sur la médecine traditionnelle.

120. Le document relatif à la stratégie fournit une analyse de la situation de la médecine traditionnelle dans la Région. Il indique que bon nombre de pays doivent encore élaborer et mettre en oeuvre des politiques nationales sur la médecine traditionnelle dans le cadre de leurs politiques de santé nationales; de même, ils n'ont pas encore promulgué de législation ou établi des structures organisationnelles ni rédigé de code d'éthique pour l'exercice de la médecine traditionnelle.

121. Il a noté que les quatre principes sur lesquels la stratégie est basée, sont le plaidoyer, la reconnaissance par les gouvernements de l'importance de la médecine traditionnelle, son institutionnalisation et la mise en place de partenariats. Les interventions prioritaires proposées consisteront à formuler des politiques, à renforcer les capacités, à promouvoir la recherche et à développer la production locale.

122. La stratégie fixe les principaux déterminants de la réussite de sa mise en oeuvre, à savoir, la volonté politique, la maîtrise de la stratégie, l'élaboration de stratégies spécifiques à chaque pays, la mobilisation des ressources et leur utilisation judicieuse, l'exploitation des résultats de la recherche pour la prise de décisions, la mise en place de partenariats efficaces ainsi que la création d'organes de gestion.

123. Le Sous-Comité du Programme a été invité à examiner le document et à donner des orientations pour faciliter son adoption en vue de la mise en oeuvre de la stratégie.

124. Les membres ont félicité le Secrétariat pour avoir, à l'ordre du jour, fait de la médecine

traditionnelle une priorité et ont exprimé leur gratitude au Directeur régional et à son équipe pour la clarté, la qualité et la cohérence du document.

125. Les membres ont ensuite évoqué un certain nombre de questions :

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

- n) Dans tout ce que l'on fait en matière de médecine traditionnelle, il faut tenir compte de la confiance accordée aux tradipraticiens par les populations qu'ils desservent.

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

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

127. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité de ses commentaires et suggestions dont bonne note a été prise pour suite à donner.

128. Le Secrétariat a également noté la nécessité de documenter ce que l'on a appris des accoucheuses traditionnelles sous forme de "meilleures pratiques".

129. Le Directeur régional a reconnu et souligné le fait que la médecine traditionnelle existe en Afrique depuis le début et qu'elle continuerait d'être une source importante de soins de santé en Afrique. C'est dans ce contexte qu'une réunion interpays pour tradipraticiens a été organisée cette année à Harare pour partager des idées et des expériences.

130. Il a indiqué qu'il est nécessaire d'encourager les différentes catégories de tradipraticiens à constituer des associations pour faciliter la réglementation de leur profession.

131. Il a fait savoir au Sous-Comité qu'une formation aux techniques d'hygiène et d'asepsie à l'intention des accoucheuses traditionnelles était en cours au titre d'une initiative conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.

132. Il a conclu en indiquant que la médecine traditionnelle est une des richesses de l'Afrique et qu'il faut son utilisation.

133. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 6).

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

134. Le Dr Belhocine, du Secrétariat, a présenté le document.

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

136. Le document contient une analyse de la situation des MNT, effectuée d'une façon systémique qui tient compte de l'impact du vieillissement de la population, de l'évolution des modes de vie et des insuffisances actuelles des services de santé de la plupart des Etats Membres en matière de lutte contre les MNT.

137. Il a relevé la nécessité d'élargir la base factuelle au niveau des pays, de telle sorte que l'on puisse s'en servir comme instrument de plaidoyer et aussi de développement des ressources humaines et des systèmes d'information. Les deux principes fondamentaux suivants ont été soulignés :

- a) articuler une approche sectorielle large et intégrée autour des processus en cours (réponse du secteur sanitaire, systèmes d'information, systèmes de surveillance, etc.);
- b) recourir à une approche multisectorielle pour promouvoir des styles de vie favorables à la santé.

138. Il a souligné que le cadre de mise en oeuvre a défini certaines des approches qui seraient de nature à faciliter l'adoption et l'appropriation de la stratégie par les pays, en tenant compte de leurs spécificités. Il a été recommandé d'adopter une approche communautaire pour la promotion et la prévention, ainsi que d'obtenir la participation de tous les partenaires du développement.

139. Il a conclu en rappelant la dualité de la charge de morbidité dans la Région africaine, et a instamment demandé aux pays et à l'OMS d'y apporter une réponse appropriée.

140. Le Sous-Comité s'est félicité de la qualité et de la clarté du document, rendant hommage au Directeur régional et à son équipe pour un aussi bon travail.

141. Des membres ont convenu que le Bureau régional présentait cette stratégie à point nommé en ce sens qu'elle comble une lacune dont certains pays ont déjà fait l'expérience par suite de l'émergence des maladies transmissibles, notamment du diabète et de l'hypertension, ainsi que des facteurs de risque qui leur sont associés (tabagisme, alcoolisme, obésité, modes de vie sédentaires, etc.) et qui prennent des proportions quasi épidémiques.

142. Un long débat s'est engagé sur les différents facteurs de risque qui alimentent la montée de l'épidémie de MNT dans la Région, au cours duquel on a insisté sur certains facteurs de risque



qui, sans être mentionnés dans le document, n'en sont pas moins importants, à savoir :

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

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

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

- a) la transition épidémiologique qui s'opère actuellement dans la plupart des Etats Membres et la nécessité de se montrer dynamique;
- b) l'élévation des niveaux de pollution (chimique, industrielle, due aux gaz d'échappement) et ses effets sur la santé humaine;
- c) la nécessité pour les ministères de la santé de se doter de départements ou de services chargés de s'occuper des MNT et de leur fournir les ressources nécessaires;
- d) le besoin de données sur les MNT permettant de formuler des messages d'information et d'éducation et de promotion de la santé;
- e) la nécessité pour l'Afrique de proclamer et d'observer une décennie de la lutte antitabac, en s'attachant tout particulièrement à la jeunesse;
- f) l'importance du rôle des médias en matière de sensibilisation du public et d'incitation à l'observance du traitement des maladies chroniques;
- g) l'insuffisance des moyens permettant de surveiller les concentrations d'additifs dans les aliments importés et leurs effets sur la santé.

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

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

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

147. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, s’est associé aux préoccupations formulées par les membres et les a assuré que le Bureau régional était d’autant plus décidé à agir que les maladies non transmissibles posent toutes sortes de problèmes de santé auxquels les pays n’ont pas encore accordé le rang de priorité voulu. Il a déclaré que les inconvénients causés par les maladies liées au tabagisme et leurs conséquences seraient de loin supérieurs aux recettes perçues par les pays. Il a enfin rappelé aux membres la nécessité de prendre au sérieux le problème des MNT.

148. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à présenter au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 7).

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

149. Le Dr A. Kaboré, du Secrétariat, a présenté le document.

150. Il a résumé la structure du document et en a brièvement décrit les différentes sections.

151. Il a ensuite rappelé que la Résolution AFR/RC46/8 sur la Stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA adoptée en 1996 a réaffirmé le rôle majeur que joue le secteur de la santé dans toute riposte nationale multisectorielle contre l’épidémie de VIH/SIDA. La situation du VIH/SIDA a continué à se détériorer à tel point que 24,5 millions des 34 millions de personnes infectées par le VIH se trouvent dans la Région africaine. Le SIDA est désormais la première cause de décès et l’espérance de vie est tombée à environ 35 ans dans les pays gravement touchés.

152. Le cadre proposé fournit des orientations aux Etats Membres sur les moyens d’accélérer la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA dont les principales orientations sont les suivantes : plaidoyer, surveillance épidémiologique, services de soins et de soutien psychologique, sécurité transfusionnelle, prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles et promotion de la santé des jeunes, des femmes et d’autres groupes vulnérables.

153. Il a fait remarquer qu’au nombre des principes directeurs du cadre de mise en oeuvre figuraient l’appropriation du processus de mise en oeuvre, le renforcement des capacités

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

154. A côté des principales orientations de la stratégie régionale, les interventions proposées comprennent l'amélioration de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA et les infections opportunistes, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'amélioration de l'accès aux tests de dépistage volontaire assortis de conseils ainsi que le renforcement des systèmes de santé en tant que vecteur de la prestation des interventions.

155. Il a fait observer que les pays devraient assurer la direction de la riposte nationale et manifester leur volonté politique en allouant des ressources financières accrues et en élargissant leur champ d'action. L'OMS accordera un appui technique aux pays, les aidera à mobiliser des ressources, à documenter et diffuser les meilleures pratiques dans le cadre de l'action de l'ensemble du système des Nations Unies et du Partenariat international contre le VIH/SIDA en Afrique.

156. Il a indiqué que le document n'avait pas intégré les nouvelles données communiquées au cours de la récente réunion sur le SIDA tenue à Durban en Afrique du Sud.

157. Le Sous-Comité du Programme a été invité à revoir le document et à donner les orientations nécessaires pour son adoption et pour sa mise en oeuvre accélérée.

158. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour avoir produit un document de cette qualité. Certains membres ont souligné la gravité de la situation du VIH dans la Région et son impact négatif sur le développement, étant donné que les personnes les plus touchées appartiennent à la tranche d'âge économiquement active.

159. Ils ont fait remarquer que le désespoir et l'apathie avaient gagné certains pays et que le document devrait rappeler aux dirigeants qu'ils feraient bien de renouveler leur engagement et d'intensifier leur riposte. Le déni et les jugements réprobateurs qui caractérisaient la réaction de la plupart des pays par le passé devaient donc être abandonnés et il fallait faire preuve d'engagement politique et d'ouverture dans la lutte contre l'épidémie.

160. L'importance de la prévention primaire a été soulignée. Il devrait notamment s'agir de sensibiliser le public, de faire adopter de nouvelles normes morales et d'encourager l'abstinence, de retarder le début de l'activité sexuelle et de promouvoir la fidélité au sein du couple. Il a été proposé de retourner aux traditions africaines comportant des règles en matière de comportement sexuel.

161. Il faudrait ajouter aux interventions types proposées des solutions et ripostes africaines autochtones et novatrices. Les comportements dans les sociétés qui ont réussi à endiguer la propagation du VIH devraient être étudiés, et il faudrait intégrer dans les stratégies la prévention de l'usage ou de l'abus d'alcool.

162. On a souligné l'importance de l'accès aux soins et aux médicaments. Il faudrait insister davantage sur les soins à domicile, en veillant notamment à en garantir la qualité. L'appui aux agents de santé, aux conseillers et aux soignants dans la famille, qui sont physiquement et

psychologiquement mis à rude épreuve, doit être mis en relief.

163. L'accent a été mis sur le rôle des femmes dans la prestation des soins et sur la charge que cela représente pour elles. Le Comité régional devrait assurer le suivi des discussions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur la baisse du prix des antirétroviraux en prenant le pouls de la situation et en sondant les ministres de la santé à ce sujet.

164. On a souligné la nécessité d'assurer la prévention du VIH et les soins aux malades dans les pays touchés par des conflits ou des situations d'urgence complexes.

165. Il est apparu que les données sur le VIH/SIDA devaient être actualisées : sur les 34,3 millions d'adultes et d'enfants dont on estime qu'ils vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 1999 dans le monde, 24,5 millions (soit 71 %) se trouvaient en Afrique sub-saharienne.

166. La déclaration faisant du VIH/SIDA une catastrophe nationale appelant une riposte accélérée dans certains pays a été jugée insuffisante. Ces pays doivent déclarer l'état d'urgence et mettre en place une riposte qui soit à la hauteur de cette déclaration. Le document devrait proposer les mesures à prendre dans le cadre de la programmation d'urgence.

167. Le Sous-Comité du Programme a suggéré d'inclure dans la stratégie les interventions suivantes :

- a) production de médicaments essentiels moins coûteux;
- b) conduite de travaux de recherche biomédicale fondamentale par des chercheurs africains, qui se concentreront sur la mise au point et l'essai de vaccins et de médicaments, ce qui garantira que la Région maîtrise cette recherche et en bénéficie;
- c) prestation de services pour les réseaux et l'action de conseil de groupe, étant donné qu'il est difficile de donner des conseils individuels là où les ressources manquent.

168. Il a été proposé de substituer au titre *Interventions prioritaires et rentables* celui d'*Interventions prioritaires* étant donné que certaines des grandes interventions énumérées (prévention de la transmission mère-enfant, conseils et dépistage volontaires ainsi qu'information et éducation) sont relativement coûteuses.

169. Il faut forger une vision nouvelle sur laquelle s'articulera le rôle de l'OMS, en insistant sur le leadership, sur l'accès aux ressources et sur l'appui aux actions menées dans les pays. Il faudrait examiner soigneusement la question de l'accès de l'OMS aux fonds disponibles dans le cadre de l'ONUSIDA. La référence aux groupes thématiques devrait être explicitée et il faudrait donc parler de *Groupes thématiques des Nations Unies pour le VIH/SIDA*.

170. Le Directeur régional a remercié le Sous-Comité de ses observations, qui ont permis d'enrichir le document. Il l'a assuré qu'elles seraient toutes incorporées dans le rapport.

171. Il a mis en exergue six domaines d'intervention qui se sont dégagés des débats de la XIII<sup>ème</sup> Conférence sur le VIH/SIDA, tenue à Durban (Afrique du Sud) en juillet 2000 :

- a) les moyens de faire face au problème du déni;
- b) la prévention, notamment en mettant l'accent sur l'abstinence et la fidélité ainsi que sur l'utilisation du préservatif;
- c) le traitement des infections sexuellement transmissibles;
- d) la sécurité transfusionnelle;
- e) les soins et le traitement des infections opportunistes, y compris la mise au point et la fourniture de nécessaires pour les soins à domicile;
- f) les moyens d'abaisser le prix des antirétroviraux et d'en améliorer l'accès.

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

172. Le Directeur régional a souligné qu'il était important que les ministres revoient la situation et donnent des orientations claires sur le rôle que doit jouer l'OMS, comme l'a suggéré le Sous-Comité.

173. Le Directeur, Prévention des maladies transmissibles, après avoir remercié le Sous-Comité de son précieux concours, a souligné l'importance de la riposte du Directeur régional, notamment de l'accent mis sur la prévention. Il a ajouté que les paragraphes 19, 23, 26 et 27 du document seraient actualisés compte tenu des nouvelles informations communiquées à la réunion de Durban.

174. Le Sous-Comité a préparé un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 8).

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

175. Le Dr A. Kabore, du Secrétariat, a présenté le document.

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

177. Il a rappelé que Faire reculer le paludisme (RBM) était un projet lancé par le Directeur général en juillet 1998 qui vise à lutter contre le paludisme en Afrique afin de contribuer à son développement sanitaire et socio-économique.

178. Il a ensuite énuméré les différentes sections du document et les a successivement décrites.

179. Les stratégies de mise en oeuvre de RBM se fondent sur les actions suivantes :

- a) édifier et renforcer les partenariats;
- b) améliorer la couverture des interventions techniques d'un bon rapport coût-efficacité;
- c) contribuer à la réforme du secteur sanitaire;
- d) renforcer les systèmes d'information sanitaire et de recherche;
- e) renforcer la participation communautaire; et
- f) intégrer les activités de lutte antipaludique aux soins de santé primaires.

180. La mise en oeuvre s'effectuera en quatre phases :

- a) phase d'introduction : 2000-2005
- b) phase de mise en oeuvre et d'expansion : 2006-2015
- c) phase de consolidation : 2016-2025
- d) phase de maintien des acquis : 2026-2030.

181. Il a fait observer que le document proposait un cadre et une orientation pour la mise en oeuvre du projet RBM dans la Région, et notamment du rôle à impartir aux pays, à l'OMS et aux partenaires.

182. Il a conclu en proposant dans le document la correction suivante : au paragraphe 8, ajouter un nouveau alinéa b) rédigé comme suit : "améliorer l'accessibilité et la qualité des soins au niveau de la formation sanitaire".

183. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur gratitude pour le document et évoqué les problèmes et sujets de préoccupation suivants :

- a) Le coût et l'accessibilité des matériaux imprégnés d'insecticide.
- b) La nécessité de réfléchir davantage sur la politique pharmaceutique, la recherche et l'accessibilité de médicaments de remplacement par suite de l'accroissement de la pharmacorésistance sur le continent.
- c) Le coût croissant de la lutte antivectorielle, par exemple, la pulvérisation.
- d) La reconnaissance du fait qu'une lutte antipaludique efficace nécessiterait une approche multisectorielle avec les ministères de la santé faisant preuve de dynamisme en s'adressant aux autres ministères pour définir leur rôle dans la lutte antipaludique.
- e) Il se pourrait que l'hypothèse du document selon laquelle la plupart des pays africains ont des systèmes de santé comparables, ne soit pas plausible et partant, les cibles basées sur cette hypothèse pourraient être irréalistes. En conséquence, si les matériaux imprégnés d'insecticide devaient être fournis par l'intermédiaire du système de santé, le cadre pour la mise en oeuvre de la RBM devrait alors prendre acte de cette disparité de même que des questions de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité sociale et culturelle.

- f) Les résultats du Sommet d'Abuja sur le paludisme qui n'ont pas été inclus dans le document.
- g) La mise en place de mécanismes pour le traitement des déchets domestiques, notamment dans les villes.

184. En outre, le Sous-Comité du Programme a recommandé les modifications et ajouts suivants :

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

185. Des membres ont proposé que l'OMS plaide pour la levée de l'interdiction d'utiliser le DDT et que les initiatives PCIME et RBM soient fusionnées.

186. Le Sous-Comité a reçu les éclaircissements qu'il avait demandés au Secrétariat.

187. Dans sa réponse, le Directeur régional a cité un certain nombre de facteurs responsables de

la résurgence du paludisme : aggravation de la pauvreté, effets des programmes d'ajustement structurel, augmentation du coût des pesticides, plus grande mobilité des populations, industrialisation et changements dans l'environnement.

188. Il a reconnu que l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticides n'était pas encore généralisée et qu'elle continuait de poser des problèmes, tout comme le coût des pesticides.

189. Il a déclaré que l'OMS, en collaboration avec les Etats Membres, étudiait la possibilité d'utiliser aussi des plantes médicinales pour lutter contre la maladie. Certes, il n'existe pas encore de vaccin, mais l'OMS et certains Etats Membres, comme la Gambie, la Tanzanie et le Ghana, unissent leurs efforts pour en mettre un au point.

190. Le Directeur régional a confirmé que le Secrétariat mentionnerait les résultats du Sommet d'Abuja sur le paludisme dans le rapport et il a souligné les problèmes posés par la lutte antipaludique dans les populations de réfugiés.

191. Il a fait observer que, compte tenu des connaissances actuelles et des moyens disponibles, l'analyse de la situation montre que l'éradication ne peut être raisonnablement envisagée pour le moment. En revanche, il faudrait faire porter le maximum d'efforts sur la lutte et peut-être l'élimination.

192. Il a souligné que, dans l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, on devrait accorder la priorité aux mères et aux enfants, puisque la mortalité imputable au paludisme est plus élevée au sein de ce groupe. Il a également soutenu la proposition d'une collaboration sous-régionale entre les pays.

193. Il a déclaré que des interventions étaient en cours dans le domaine des pesticides biodégradables et des méthodes biologiques, par exemple l'utilisation de poissons pour dévorer les larves de moustiques et de pesticides dérivés de remèdes traditionnels africains. Il a indiqué que le problème du DDT avait été discuté au cours de la 49<sup>ème</sup> session du Comité régional et que l'équipe spéciale qui avait été créée avait signalé que si le DDT était utilisé correctement pour lutter uniquement contre le paludisme (et non pas pour l'agriculture), cela ne devrait pas nuire à l'environnement. Toutefois, on poursuivra les recherches pour trouver un substitut au DDT, afin d'éliminer progressivement ce produit.

194. Pour finir, il a assuré le Sous-Comité du Programme que le problème de la maîtrise de l'environnement serait inclus dans le document.

195. Le Directeur de la Division de la lutte contre les maladies transmissibles a confirmé que la synergie entre la mise en oeuvre de la PCIME et du programme de lutte contre le paludisme se maintiendrait et que les indicateurs seraient revus. Le Conseiller régional du programme de lutte contre le paludisme a expliqué les différentes méthodologies utilisées pour déterminer le seuil épidémique.

196. Le Sous-Comité a élaboré un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption (Annexe 9).

**ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document**



**AFR/RC50/4)**

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

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

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

**CLOTURE DE LA REUNION**

199. Le Président a informé les participants que l'Algérie, la Tanzanie, le Togo, la Zambie et le Zimbabwe étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme.

200. Il a remercié les membres de l'avoir élu Président en son absence et a exprimé sa gratitude au Directeur régional et au Secrétariat pour leur appui au cours de la réunion.

201. Il a enfin remercié les interprètes pour le bon travail accompli.

202. Le Directeur régional a félicité les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs orientations qui ont grandement contribué à améliorer la qualité des documents. Il les a particulièrement remercié d'avoir trouvé le temps de visiter le Bureau régional pour voir exactement dans quelles conditions travaille le Secrétariat.

203. En ce qui concerne le retour du Bureau régional à Brazzaville, le Directeur régional a noté que :

- Le Gouvernement de la République du Zimbabwe fait tout ce qui est en son pouvoir pour mettre le personnel à l'aise. Il vient d'attribuer au Bureau régional l'ancienne résidence et le bureau autrefois occupé par le Gouverneur général à l'époque coloniale, en guise de locaux supplémentaires à usage de bureaux; ces locaux sont actuellement en cours de rénovation aux frais de l'Etat.
- Le Ministre de la Santé de la Namibie (Président de la quarante-neuvième session du Comité régional) et le Ministre de la Santé du Bénin, accompagnés du Directeur de l'Administration et des Finances et de quelques autres membres du Secrétariat, se rendront à Brazzaville pour évaluer les progrès accomplis dans la remise en état des locaux de l'OMS et en faire rapport à la cinquantième session du Comité.
- A la suite de cette mission, les membres de la délégation donneront leur avis au Comité régional en tenant dûment compte du fait que les membres du Secrétariat et leurs familles ont besoin d'un niveau raisonnable de confort et de sécurité pour travailler dans des conditions optimales.

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

205. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

**ANNEXE 1****LISTE DES PARTICIPANTS****1. Etats Membres du Sous-Comité  
du Programme**

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

**ANGOLA**

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

**TOGO**

Dr Kossi Bawè Narafei  
Directeur des Etablissements de Soins

**ALGERIE**

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

**OUGANDA**

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

**BENIN**

Dr Jonathan Zinsou Amegnigan  
Directeur national de la Protection sanitaire

**ZAMBIE**

Mr Vincent Musowe  
Director of Planning and Development

**BOTSWANA**

Dr Winnie Gasefele Manyeneng  
Assistant Director/Primary Health Care

**ZIMBABWE**

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

**BURKINA FASO**

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

**2. MEMBRES DU CONSEIL EXECUTIF****BURUNDI**

Dr Louis Mboneko  
Inspecteur général de la Santé Publique

**TCHAD**

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

**CAMEROUN**

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

**COMORES**

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

**REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE**

Dr Ali A. Mzige  
Director, Preventive Services

**3. Président, CCARD**

Dr Beyene Petros

**PROGRAMME DE TRAVAIL**

**1ER JOUR : Lundi, 24 juillet 2000**

**1ère Séance**

**Examen des points 1, 2, 3 de l'ordre du jour**

10 h 00 - 10 h 10	<b>Point 1 de l'ordre du jour :</b>	Ouverture de la session
10 h 10 - 10 h 20	<b>Point 2 de l'ordre du jour :</b>	Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10 h 20 - 10 h 30	<b>Point 3 de l'ordre du jour :</b>	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC50/18 Rév.1)
10 h 30 - 11 h 00		Pause-café

**2ème Séance**

**Examen du point 4 de l'ordre du jour**

11 h 00 - 12 h 30	<b>Point 4 de l'ordre du jour :</b>	Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21 <sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020 (document AFR/RC50/8) :
12 h 30 - 14 h 00		Pause-déjeuner
14 h 00 - 15 h 30	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	(suite)
15 h 30 - 16 h 00		Pause-café
16 h 00 - 17 h 00	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	(suite)

**2 ème JOUR : Mardi 25 juillet 2000**

**3ème Séance**

**Examen du point 5 de l'ordre du jour**

9 h 00 - 10 h 30	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Budget Programme 2002-2003 (document AFR/RC50/3)
10 h 30 - 11 h 00		Pause-café
11 h 00 - 12 h 30	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	(suite)
12 h 30 - 14 h 00		Pause-déjeuner

**4ème Séance**

**Examen du point 5 de l'ordre du jour**

14 h 00 - 15 h 30	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	(suite)
15 h 30 - 16 h 00		Pause-café
16 h 00 - 17 h 00	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	(suite)

## Annexe 2

### 3ème JOUR : Mercredi 26 juillet 2000

#### 5ème Séance

#### Examen du point 6 de l'ordre du jour

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

#### 6ème Séance

#### Examen du point 7 de l'ordre du jour

14 h 00 - 15 h 30	<b>Point 7 de l'ordre du jour</b> Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/10)
15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
16 h 00 - 17 h 30	<b>Point 7 de l'ordre du jour</b> (suite)

### 4ème JOUR : Jeudi 27 juillet 2000

#### 7ème Séance

#### Examen du point 8 de l'ordre du jour

9 h 00 - 10 h 30	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b> Stratégie de lutte contre le VIH/ SIDA dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/11)
10 h 30 - 11 h 00	Pause-café
11 h 00 - 12 h 30	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b> (suite)
12 h 30 - 14 h 00	Pause-déjeuner

#### 8ème Séance

#### Examen du point 9 de l'ordre du jour

14 h 00 - 15 h 30	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b> Faire reculer le paludisme dans la Région africaine : Cadre de mise en oeuvre (document AFR/RC50/12)
15 h 30 - 16 h 00	Pause-café
16 h 00 - 17 h 30	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b> (suite)

**5ème JOUR : Vendredi 28 juillet 2000**

Matinée	Finalisation du rapport
<b>9ème Séance</b>	<b>Examen des points 10, 11, 12 de l'ordre du jour</b>
15 h 00	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	Clôture de la session.

### ANNEXE 3

#### ORDRE DU JOUR

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

**PROJET DE RESOLUTION**

**POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION AFRICAINE  
POUR LE 21<sup>ème</sup> SIECLE : AGENDA 2020**

Le Comité régional,

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

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

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

Considérant que les nations africaines doivent avoir pour vision de vaincre les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance dans un contexte de bonne gouvernance et de développement autonome d'un système de santé dynamique, pour une vie décente et digne d'ici l'an 2020;

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

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



#### **Annexe 4**

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

Ayant examiné avec soin le rapport du Directeur régional, tel que contenu dans le document AFR/RC50/8 Rév. 1 sur la politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020;

1. APPROUVE la politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle : Agenda 2020, qui traduit l'aspiration des populations africaines à une meilleure santé;
2. DEMANDE aux Etats Membres
  - i) de prendre des dispositions pour traduire la politique régionale en politiques nationales réalistes et novatrices, assorties de plans stratégiques appropriés et de cadres de mise en oeuvre pertinents définissant des interventions spécifiques à mener aux niveaux national et local dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs du développement humain;
  - ii) de prendre dans le cadre du processus de réforme du secteur de la santé, des mesures pour renforcer le consensus en créant ou en identifiant un mécanisme multidisciplinaire et multisectoriel pour appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques sanitaires nationales;
  - iii) de jouer, par l'intermédiaire de leurs institutions telles que les systèmes législatif, judiciaire et exécutif, un rôle directeur et régulateur pour assurer aux populations, en particulier aux groupes démunis et marginalisés, un maximum d'avantages au plan sanitaire;
  - iv) de faire le plaidoyer en vue d'obtenir l'engagement des Chefs d'Etat et de Gouvernement, des responsables politiques et de la société civile en faveur de la mise en oeuvre de la politique régionale et des politiques nationales subséquentes;

**Annexe 4**

3. PRIE le Directeur régional :

- i) de mobiliser les Etats Membres et la communauté internationale pour une action concertée en vue d'actualiser les politiques nationales de santé en s'inspirant des politiques mondiales et régionales, et de contribuer ainsi à la mobilisation et à l'utilisation rationnelle des ressources destinées à la mise en oeuvre de ces politiques;
- ii) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour l'actualisation des politiques et stratégies sanitaires nationales;
- iii) de mettre en place un mécanisme régional permettant de surveiller et d'évaluer la mise en oeuvre de la Politique régionale de la santé pour tous : Agenda 2020;
- iv) de faire rapport à la cinquante-troisième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21<sup>ème</sup> siècle.

**ANNEXE 5**

**PROJET DE RESOLUTION**

**PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2002-2003**

Le Comité régional,

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

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

**PROJET DE RESOLUTION**

**PROMOUVOIR LE ROLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE  
DANS LES SYSTEMES DE SANTE: STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE**

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

Etant donné que la Région africaine est confrontée à des difficultés pour assurer un accès équitable aux soins de santé et qu'environ 50 % seulement des populations de la Région ont accès aux services de

santé formels;

**Annexe 6**

1. APPROUVE le rapport du Directeur régional, intitulé Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à:
  - i) traduire la stratégie régionale par des politiques nationales réalistes sur la médecine traditionnelle, accompagnées d'une législation et de plans appropriés en vue d'interventions spécifiques aux niveaux national et local et à collaborer activement avec tous les partenaires à la mise en oeuvre de la stratégie régionale et à son évaluation;
  - ii) développer des mécanismes permettant d'intégrer les aspects positifs de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé afin d'améliorer la collaboration entre les praticiens conventionnels et les tradipraticiens;
  - iii) établir des inventaires des pratiques efficaces et à apporter la preuve de l'inocuité, de l'efficacité et de la qualité des remèdes traditionnels;
  - iv) promouvoir activement, en collaboration avec tous les autres partenaires, la préservation des plantes médicinales, le développement de la production locale de remèdes traditionnels et la protection des droits de propriété intellectuelle et des connaissances autochtones;
  - v) mettre en place un mécanisme multidisciplinaire et multisectoriel pour appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de plans;
  - vi) encourager une collaboration régionale et sous-régionale efficace en matière d'échange d'informations.

## Annexe 6

### 3. PRIE le Directeur régional de:

- i) plaider en faveur d'un engagement et d'un appui politiques de la part des intéressés pour la création d'un environnement propice à la médecine traditionnelle et de faciliter la mobilisation de ressources pour aider les pays à mettre en oeuvre, faire le suivi et évaluer cette stratégie et à instaurer une Journée de la médecine traditionnelle africaine pour le plaidoyer;
- ii) élaborer des directives pour la formulation et l'évaluation des politiques nationales sur la médecine traditionnelle, de conseiller les pays sur la législation pertinente pour l'exercice de la médecine traditionnelle et sur la documentation des pratiques et des remèdes dont l'innocuité, l'efficacité et la qualité sont avérées et de faciliter l'échange et l'utilisation de ces informations par les pays;
- iii) développer des mécanismes permettant d'améliorer l'environnement économique et réglementaire pour la production locale de remèdes traditionnels et de renforcer les centres collaborateurs de l'OMS et les autres institutions de recherche pour procéder à des recherches sur l'innocuité et l'efficacité des remèdes traditionnels et diffuser les résultats de celles-ci;
- iv) mettre en place un mécanisme régional pour aider les Etats Membres à suivre et à évaluer efficacement les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale relative à la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé;
- v) faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés et les problèmes rencontrés dans le cadre de la stratégie régionale sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé.

## **ANNEXE 7**

### **PROJET DE RESOLUTION**

#### **MALADIES NON TRANSMISSIBLES : STRATEGIE DE LA REGION AFRICAINE**

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

1. APPROUVE la stratégie proposée, qui vise à renforcer la capacité des Etats Membres d'améliorer la qualité de vie de leurs populations en allégeant la charge de morbidité liée aux MNT, entre autres, en favorisant des modes de vie sains et en mettant en oeuvre d'autres interventions appropriées;
2. DEMANDE aux Etats Membres :
  - i) d'élaborer des politiques et des programmes nationaux ciblant les MNT qui sévissent le

plus fréquemment au sein de leurs populations;

### **Annexe 7**

- i) de fournir un appui à la surveillance intégrée des maladies afin de quantifier le fardeau, les tendances, les facteurs de risque et les principaux déterminants des maladies non transmissibles;
- ii) de renforcer les soins de santé destinés aux malades atteints de MNT, en appuyant des réformes du secteur de la santé et des interventions fondées sur les soins de santé primaires et assurées d'un bon rapport coût-efficacité;
- iii) d'appuyer des méthodes de prévention portant sur la diminution du nombre des décès prématurés et des incapacités dus aux MNT, grâce à des approches sectorielles et plurisectorielles comprenant des mesures telles que la réglementation ou l'imposition, le cas échéant;
- iv) d'améliorer la capacité du personnel de santé à prendre en charge les MNT et à les combattre;
- v) de soutenir les recherches visant à définir des stratégies d'intervention à base communautaire, y compris celles qui font appel à la phytothérapie traditionnelle;

### 3. PRIE INSTAMMENT le Directeur régional :

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



mise en oeuvre de cette stratégie régionale.

## **ANNEXE 8**

### **PROJET DE RESOLUTION**

#### **STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LA REGION AFRICAINE : CADRE DE MISE EN OEUVRE**

Le Comité régional,

Notant que le Conseil de Sécurité des Nations Unies a déclaré que la pandémie de VIH/SIDA qui est maintenant devenue la principale cause de décès en Afrique subsaharienne, compromettant les acquis des 50 dernières années sur le plan du développement, notamment, l'augmentation de la survie infantile et de l'espérance de vie durement gagnée, présente pour la Région africaine un risque sur le plan de la sécurité;

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

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

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

Reconnaissant que les conflits et les situations d'urgence complexes qui se traduisent par des déplacements massifs de populations et la destruction des infrastructures favorisent la propagation du VIH/SIDA et compromettent la riposte à la pandémie;

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

1. APPROUVE le cadre de mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le SIDA

présentée dans le document AFR/RC50/11;

## **Annexe 8**

### 2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) de veiller à ce que l'accélération de la riposte nationale au VIH/SIDA soit dirigée de manière efficace et de manifester leur volonté politique en mobilisant et en allouant à cet effet des ressources financières et humaines suffisantes et en tirant dûment parti des initiatives en cours visant un allègement de la dette;
- ii) de développer et d'actualiser les politiques nationales concernant les aspects essentiels du VIH/SIDA afin d'établir un environnement propice à la prévention du VIH/SIDA, à son traitement et à l'atténuation de ses répercussions;
- iii) de faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de plans d'action en ce qui concerne les interventions du secteur de la santé en application des cadres stratégiques nationaux multisectoriels;
- iv) d'adapter et d'appliquer la somme d'expériences et de connaissances scientifiques documentées existant aux niveaux mondial, régional et national sur les interventions de prévention et de traitement du VIH/SIDA qui présentent un bon rapport coût/efficacité;
- v) de renforcer leurs systèmes de santé et de faire en sorte que l'on dispose de ressources humaines suffisantes et qualifiées ainsi que de systèmes appropriés de financement, d'approvisionnement et de distribution pour faire face aux besoins en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA;
- vi) de prendre les mesures nécessaires pour intégrer les interventions relatives au VIH/SIDA/IST dans les systèmes de santé à tous les niveaux, en tirant parti des possibilités offertes par l'Initiative de Bamako et les réformes en cours du secteur de la santé;
- vii) d'accélérer l'essor des programmes en décentralisant leur planification et leur mise en oeuvre au niveau du district, en fournissant un appui pour des initiatives locales, en assurant la participation des communautés et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou touchées par celui-ci, et en favorisant l'accès aux ressources financières permettant d'organiser des activités;

## Annexe 8

- viii) de sélectionner et d'exécuter des interventions pertinentes d'un bon rapport coût-efficacité, et notamment les actions de prévention en direction des adolescents et des jeunes, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la fourniture de soins et d'un soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA, la mise en place d'actions de sécurité du sang, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les conseils et les tests de dépistage volontaires, et la surveillance épidémiologique;
  - ix) d'élargir l'accès au traitement et à la prophylaxie des pathologies liées au VIH grâce à des mesures telles que la fourniture de médicaments à des prix abordables; l'application de politiques relatives aux médicaments génériques; l'adoption de systèmes appropriés de financement des soins de santé; la négociation avec les laboratoires pharmaceutiques; et l'incitation à la fabrication sur place et à l'importation de médicaments grâce à des pratiques conformes aux législations nationales et aux accords internationaux;
  - x) d'adapter et d'appliquer ces stratégies dans les pays frappés par des conflits et des situations d'urgence complexes ou en sortant;
  - xi) de mettre en place, au sein du ministère de la santé, une structure appropriée pour la gestion du volet santé de la riposte nationale au VIH/SIDA;
  - xii) de déclarer un état d'urgence lorsque la situation du VIH/SIDA atteint des proportions épidémiques.
3. DEMANDE aux partenaires internationaux et autres de défendre et d'intensifier le soutien aux pays dans le cadre du Partenariat international contre le SIDA en Afrique;
4. DEMANDE au Directeur régional :
- i) de fournir un soutien technique aux Etats Membres afin de renforcer la capacité de riposte secteur sanitaire à la pandémie de VIH/SIDA
  - ii) de mobiliser des ressources ordinaires et extrabudgétaires en vue d'appuyer le renforcement de la riposte du secteur sanitaire à la pandémie de VIH/SIDA;

## **Annexe 8**

- iii) de prendre des mesures appropriées pour accroître la capacité de l'OMS d'offrir, en temps voulu, un soutien technique aux programmes nationaux dans le cadre de la riposte de l'ensemble du système onusien s'opérant dans le contexte de l'ONUSIDA;
- iv) de poursuivre les efforts en vue d'intégrer les activités de lutte contre le VIH/SIDA aux programmes de travail de toutes les divisions compétentes du Bureau régional de l'OMS;
- v) de constituer un groupe spécial d'experts chevronnés, originaires de pays de la Région, afin de conseiller le Bureau régional sur les questions de lutte contre le VIH/SIDA, de se faire l'avocat de cette cause, d'aider à mobiliser des ressources et de contribuer à la surveillance de l'application de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA;
- vi) de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA.

## **ANNEXE 9**

### **PROJET DE RESOLUTION**

#### **FAIRE RECULER LE PALUDISME DANS LA REGION AFRICAINE : CADRE DE MISE EN OEUVRE**

Le Comité régional,

Rappelant la Résolution AFR/RC45/R4 du Comité régional sur le Programme régional de lutte contre le paludisme de septembre 1995, la Déclaration de Harare sur la lutte contre le paludisme adoptée par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) le 4 juin 1997 dans le contexte du Redressement et du Développement économique de l'Afrique, l'Initiative africaine pour la lutte contre le paludisme au 21<sup>e</sup> siècle, devenue l'initiative Faire reculer le paludisme fin 1998, ainsi que la Résolution WHA52.11 - Faire reculer le paludisme - de la Cinquante-deuxième session de l'Assemblée mondiale de la Santé;

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

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

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

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

**Annexe 9**

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

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

1. APPROUVE le cadre de mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme présenté dans le document AFR/RC50/12;

2. DEMANDE aux Etats Membres :

- i) de lancer le processus d'élaboration de plans d'action et la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans le cadre proposé;
- ii) d'assurer la participation active de toutes les parties prenantes - communautés, ministères de la santé et autres ministères, secteur privé, organisations non gouvernementales, société civile, organismes bilatéraux et multilatéraux, institutions spécialisées des Nations Unies - aux actions entreprises dans le contexte de l'Initiative Faire reculer le paludisme;
- iii) de rendre disponibles et abordables les moyens de diagnostic et de traitement du paludisme, y compris le traitement à domicile, jusque dans les régions les plus reculées;
- iv) de promouvoir les interventions visant à permettre à toutes les personnes à risque, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, de bénéficier de la meilleure combinaison possible de mesures personnelles et communautaires de protection, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres interventions accessibles et d'un coût abordable pour prévenir le paludisme et les souffrances qui l'accompagnent;
- v) de renforcer la surveillance du paludisme dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies, afin de le détecter précocement et d'améliorer la capacité de préparation et de réponse aux épidémies;

## **Annexe 9**

- vi) d'intensifier la participation communautaire à la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme et promouvoir ainsi la maîtrise conjointe des activités pour les rendre plus durables;
  - vii) d'appuyer la recherche en médecine traditionnelle et la mise au point de préparations antipaludiques efficaces à partir de plantes médicinales traditionnelles;
  - viii) de coordonner les actions de partenariat à tous les stades de l'initiative Faire reculer le paludisme et d'assurer le soutien nécessaire aux partenaires nationaux et internationaux;
3. PRIE le Directeur régional :
- i) d'assurer un appui aux Etats Membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans le cadre proposé;
  - ii) de développer les ressources humaines et de mobiliser les ressources budgétaires et extrabudgétaires nécessaires à la mise en oeuvre des plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme;
  - iii) de suivre la mise en oeuvre des plans d'action de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans les pays et de faciliter la mise en commun de l'expérience acquise et des leçons apprises par les Etats Membres;
  - iv) de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'Initiative Faire reculer le paludisme dans la Région africaine;
4. PRIE les acteurs internationaux et autres participants à la mise en oeuvre de l'initiative Faire reculer le paludisme dans la Région africaine d'intensifier leur appui aux pays en vue de cette mise en oeuvre.

