



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC54/10

Cinquante-quatrième session

18 juin 2004

Brazzaville, Congo, 30 août – 3 septembre 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

SOMMAIRE

	Paragraphes
OUVERTURE DE LA RÉUNION.....	1 – 7
REPLACER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ GÉNÉSIQUE : CADRE POUR ACCÉLÉRER L'ACTION, 2005-2014 (document AFR/RC54/11 Rév.1)	8 – 17
INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR RENFORCER LES SYSTÈMES NATIONAUX D'INFORMATION SANITAIRE (document AFR/RC54/12 Rév.1)	18 – 29
SANTÉ ET SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS DANS LA RÉGION AFRICAINÉ : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC54/13 Rév.1)	30 – 41
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AU TRAITEMENT POUR LE VIH/SIDA DANS LA RÉGION AFRICAINE : INITIATIVE «3 MILLIONS D'ICI 2005» ET AU-DELÀ (document AFR/RC54/14 Rév.1)	42 – 52
ABUS SEXUELS CONTRE LES ENFANTS : UNE SITUATION D'URGENCE SANITAIRE SILENCIEUSE (document AFR/RC54/15 Rév.1)	53 – 63
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME	64
ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL	65 – 66
CLÔTURE DE LA RÉUNION	67 – 72

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	19
2. Ordre du jour	21
3. Programme de travail	22

PROJETS DE RÉSOLUTIONS

AFR/RC54/WP/1	Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005-2014
AFR/RC54/WP/2	Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire
AFR/RC54/WP/3	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives
AFR/RC54/WP/4	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà
AFR/RC54/WP/5	Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse

OUVERTURE DE LA RÉUNION

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

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

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

8. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté le document «Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014».
9. La planification familiale (PF) est une composante essentielle des soins de santé primaires et de la maternité sans risque. L'Afrique subsaharienne a de faibles taux de prévalence de la contraception, des taux de fécondité élevés, le taux de mortalité maternelle le

plus élevé et de nombreux besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'Afrique subsaharienne qui abrite seulement 10 % de la population féminine mondiale, enregistre chaque année 12 millions de grossesses non désirées ou imprévues et 40 % de tous les décès liés à la grossesse dans le monde. Réduire le nombre de ces grossesses non désirées et imprévues contribuera à faire baisser considérablement les décès maternels. Un plus grand espacement des naissances permet de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'améliorer l'état nutritionnel des mères et de leurs enfants.

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

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

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

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

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

- a) préciser les nouvelles interventions que les pays devraient adopter en plus de celles qu'ils mènent actuellement;
 - b) fournir d'autres indicateurs de planification familiale en plus du taux de prévalence de la contraception, par exemple l'âge au moment de la première grossesse;
 - c) relier la planification familiale aux OMD, y compris ceux qui se rapportent à l'éducation et à la réduction de la pauvreté;
 - d) examiner la législation relative au statut des femmes dans différents pays en vue d'améliorer leur situation;
 - e) veiller à la collaboration intersectorielle pour renforcer la coordination particulièrement dans les cas où les programmes de planification familiale ne relèvent pas du ministère de la santé;
 - f) prendre en compte les mesures pour améliorer l'accès des populations rurales et des groupes vulnérables aux services de planification familiale;
 - g) abandonner l'approche verticale des programmes et celle centrée sur l'orientation des bailleurs de fonds au profit de programmes de planification familiale au niveau local qui favorisent l'engagement national et le sentiment d'être partie prenante;
 - h) recourir aux pratiques traditionnelles et aux valeurs culturelles qui encouragent la planification familiale plutôt que celles qui y font obstacle;
 - i) insister sur la participation des hommes dans la planification familiale compte tenu du rôle central qu'ils tiennent dans les prises de décisions familiales;
 - j) outre les avantages de la réduction de la croissance démographique, mettre davantage l'accent sur les avantages sociaux et sanitaires de la planification familiale.
15. Le Sous-Comité du Programme a proposé de modifier le document comme suit :
- a) dans le premier paragraphe, il n'est pas nécessaire d'harmoniser la présentation des données relatives aux risques de décès maternel en Afrique et dans les pays développés;
 - b) dans la dernière phrase du paragraphe 6, supprimer les mots «illégaux et»;
 - c) au paragraphe 9 de la version française, reformuler la dernière phrase pour la rendre plus claire;
 - d) au paragraphe 11, souligner le manque de sages-femmes parmi le personnel qualifié;
 - e) au paragraphe 14, vérifier si le taux de prévalence de la contraception de 50 % s'applique uniquement aux femmes mariées ou à toutes les femmes en âge de procréer;

- f) dans l'avant-dernière phrase du paragraphe 15, préciser de quelles situations de crise il s'agit;
- g) au paragraphe 18, supprimer la première phrase et faire ressortir dans la dernière phrase l'idée d'approche multisectorielle;
- h) diviser le paragraphe 22 en deux;
- i) dans la deuxième phrase du paragraphe 26, remplacer «ministères de la santé» par «ministères concernés» et rendre plus explicite la phrase «l'éducation de la fillette est, à cet égard, fondamentale»;
- j) au paragraphe 27, expliquer comment garantir la qualité des produits de la planification familiale quand ceux-ci sont distribués dans les marchés et autres points de vente locaux;
- k) dans la cinquième phrase du paragraphe 29, remplacer «encourager une plus large utilisation» par «renforcer l'utilisation»;
- l) souligner la nécessité d'utiliser les moyens de contraception durables, y compris le recours à des méthodes chirurgicales;
- m) dans la dernière phrase du paragraphe 37, insérer «locaux, régionaux et» avant «nationaux»;
- n) à la fin du paragraphe 38, ajouter «À défaut, il faut confier la responsabilité des services de planification familiale à un fonctionnaire en poste»;
- o) dans la Conclusion, l'accent devra être mis sur le rôle des hommes dans la planification familiale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) au paragraphe 6, toutes les informations relatives aux données démographiques nécessitent un dénominateur commun actualisé et fiable pour faciliter l'interprétation des données;
- b) il n'existe pas un processus de prise de décisions décentralisé; les données devraient être utilisées pour éclairer la prise de décisions à tous les niveaux, en particulier au niveau de l'équipe qui recueille les données;
- c) au paragraphe 9, dans la dernière phrase, ajouter : «en vue d'assurer une meilleure coordination de la gestion des sous-systèmes»;
- d) au paragraphe 11, il convient de relever l'importance de la présence d'un environnement favorable tel que des sources d'énergie durables afin de permettre une mise en œuvre efficace du système de technologie de l'information; dans la troisième phrase, ajouter «source d'énergie durable» après «entretien»;
- e) modifier le paragraphe 13 b) pour qu'il se lise comme suit : «Pérennité du SNIS, y compris en situation d'urgence»;
- f) au paragraphe 13 e), remplacer «pour action et prise de décisions» par «pour les opérations et la gestion stratégique»;

- g) la reconnaissance, par les pays, des capacités techniques de l'OMS devrait être considérée comme une opportunité et, de ce fait, être optimisée par l'élaboration, à l'intention des pays, de principes directeurs, d'outils et de normes;
- h) le paragraphe 16 devrait comporter un objectif supplémentaire visant au renforcement des liens entre les ministères de la santé et les autres ministères qui génèrent des informations concernant la santé;
- i) au paragraphe 16 e), remplacer «pour la prise de décisions et l'action» par «tant pour l'action opérationnelle que pour la gestion stratégique»;
- j) dans la première phrase du paragraphe 19, ajouter «des partenaires du développement» après «ministères»;
- k) au paragraphe 23, dans la dernière phrase de la version anglaise «care providers» devrait être remplacé par «health care providers»;
- l) aux paragraphes 27 et 28, il faudrait clarifier le concept et le contenu de l'intégration;
- m) au paragraphe 35, remplacer la dernière phrase par «Une coordination à tous les niveaux et la rétro-information entre toutes les parties prenantes contribueront à stimuler la collecte et l'utilisation des données et par conséquent faciliter l'opérationnalisation du SNIS»;
- n) au paragraphe 39, après «à l'échelle régionale», remplacer le reste de la phrase par «pour renforcer les opérations et la gestion stratégique»;
- o) le paragraphe 1 du résumé devrait faire état de la corrélation entre les SNIS et les progrès accomplis en vue des OMD tandis que le paragraphe 4 devrait évoquer la production de données pour les opérations et non seulement pour la prise de décisions stratégiques.

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

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

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

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

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

32. Une enquête récente a relevé l'inexistence de services complets dans la Région africaine en ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleurs. Parmi les pays où l'enquête a été menée, 63 % pratiquaient une gestion des risques; 41 % faisaient de l'information et de l'éducation; 26 % procédaient à des examens médicaux avant l'embauche; 33 % assuraient des services de vaccination, des examens spéciaux et le traitement; 7 % menaient des recherches, procédaient à des examens aux fins d'indemnisation, assuraient le développement des ressources humaines, l'éducation, les services de conseil en matière de VIH/SIDA et de tabagisme, et recueillaient des données relatives à la santé des travailleurs. En outre, selon l'enquête, 48 % des pays possédaient une législation concernant la médecine du travail et 37 % une législation ayant trait à la santé au travail, mais dans un cas comme dans l'autre, on manquait de ressources humaines pour en suivre l'application.

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

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

35. Le présent document propose un certain nombre d'interventions prioritaires dont l'élaboration de politiques et de textes législatifs pour la santé et la sécurité des travailleurs; la planification et la mise en place de services complets de médecine du travail sur les lieux de travail et dans le cadre des programmes de soins de santé primaires; l'intégration de l'amélioration de la santé et de la sécurité parmi les critères de performance des systèmes de gestion; la mise à disposition d'informations à jour, d'instruments et de support de travail

ainsi que des structures d'organisation pertinents; la mise en place d'un système d'enregistrement des accidents de travail et des maladies et expositions aux risques professionnels; la recherche sur les moyens de promouvoir une meilleure santé sur les lieux de travail et d'anticiper les problèmes nouveaux.

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

37. Dans les observations d'ordre général qu'ils ont formulées, les membres du Sous-Comité du Programme ont estimé qu'il fallait inclure la notion de sécurité dans le document, pour être en conformité avec le titre. Des questions telles que l'inclusion et le financement du secteur informel méritent d'être soulignées, et l'établissement de liens entre les ministères de la santé, du travail et de la prévoyance sociale devrait être étoffé. Il faudrait en outre revoir l'application des cadres juridiques, y compris des mécanismes de protection des droits des travailleurs. La mise en oeuvre de la médecine du travail est entravée par la pénurie des ressources humaines.

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

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

- h) au paragraphe 33, ajouter «promotionnelles» après «préventives», et ajouter un paragraphe concernant la nécessité de disposer d'un cadre juridique général qui faciliterait aux inspecteurs de la santé et ceux du travail l'accès aux lieux de travail, y compris le secteur non structuré;
- i) toute la section «Interventions prioritaires» doit être reformulée pour faire ressortir les interventions effectives et les relier aux éléments recensés dans l'analyse de la situation, notamment le développement des ressources humaines ainsi que les aspects psychosociaux;
- j) la deuxième phrase du paragraphe 38 devrait être transférée à la section «Principaux défis»; des recherches concernant les risques doivent être menées sur tous les lieux de travail; un système de surveillance doit être inclus dans les interventions en utilisant les mêmes indicateurs que ceux des enquêtes;
- k) dans la section «Rôles et responsabilités», il convient d'être plus précis concernant les partenaires à inclure et leur rôle respectif, notamment lorsqu'il s'agit du secteur non structuré avec lequel il faudrait trouver un mode d'association pour faciliter sa consultation et sa participation;
- l) au paragraphe 42 d), ajouter «examiner» avant «faire appliquer»;
- m) le paragraphe 43 c) doit être revu;
- n) dans la section «Conclusion», mentionner la sécurité dans les paragraphes 44 et 45;
- o) au paragraphe 44 de la version anglaise, remplacer «fall» par «decrease»;
- p) au paragraphe 45, supprimer «certains».

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

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

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

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

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

43. Le VIH/SIDA est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la Région africaine; cette affection entrave le développement et met en péril la sécurité des pays. Face à la nécessité d'assurer des soins et des traitements, les États Membres ont prévu des services pour la prise en charge des infections opportunistes, des soins nutritionnels, la fourniture de médicaments antirétroviraux, des soins palliatifs et des mécanismes pour un soutien social, spirituel et psychologique. Toutefois, la prestation de soins et l'accès au traitement sont limités dans la plupart des pays africains en raison du coût élevé des médicaments et des diagnostics, de l'inadéquation de l'infrastructure sanitaire et des services de laboratoire, et de l'insuffisance des ressources humaines.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) au paragraphe 1, dans la première phrase de la version anglaise, remplacer «concern» par «problem»;
- b) au paragraphe 3, il faudrait expliciter dans la version anglaise le terme «touching», susceptible de prêter à confusion dans le contexte culturel africain;
- c) au paragraphe 14, il conviendrait de définir le profil des abuseurs et de proposer des mesures de prévention; par ailleurs, il faudrait expliciter la définition de la pédophilie par rapport au mot *adulte* et au fait que les abuseurs dénoncés ont entre 9 et 70 ans;
- d) au paragraphe 23, évoquer le parlement des enfants comme un moyen de s'attaquer au problème des abus sexuels contre les enfants;
- e) au paragraphe 25, ajouter un objectif spécifique en vue de l'institutionnalisation des structures spécialement chargées du problème des ASE; ajouter aussi un objectif pour la prise en charge des aspects psychosociaux des ASE évoqués au paragraphe 14;
- f) dans la section consacrée aux principes directeurs, ajouter «des recherches qualitatives sur le profil des abuseurs afin de faciliter l'adoption de mesures appropriées»;
- g) au paragraphe 33, ajouter «des chefs religieux» après «familles» dans la liste des partenaires appelés à se mobiliser contre le problème des ASE;
- h) au paragraphe 34, dans la première phrase, ajouter, après «protection sociale», «ainsi qu'avec des institutions spécialisées telles celles qui s'occupent de la protection des femmes et des enfants».

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

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

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

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

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

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

(document AFR/RC54/10)

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

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

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

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

- a) Replacer la planification familiale dans les services de santé génésique : Cadre pour accélérer l'action, 2005–2014 (AFR/RC54/11 Rév.1)
Dr T. Gakuruh (Président)
- b) Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire (AFR/RC54/12 Rév.1)
Dr T. Gakuruh (Président)
- c) Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (AFR/RC54/13 Rév.1)
Dr Sidy Diallo (Rapporteur)
- d) Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (AFR/RC54/14 Rév.1)
Dr Sidy Diallo (Rapporteur)
- e) Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (AFR/RC54/15 Rév.1)
Dr Thabelo Ramatlapeng (Rapporteur)

CLÔTURE DE LA RÉUNION

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

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

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

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

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

72. La Présidente a ensuite déclaré la réunion close.

ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. ÉTATS MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

GHANA

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

GUINÉE-BISSAU

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

GUINÉE

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

KENYA

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

LESOTHO

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

LIBÉRIA

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

MADAGASCAR

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

MALAWI

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

MALI

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

MAURITANIE

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

Annexe 1

MAURICE

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

MOZAMBIQUE

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

**2. MEMBRES DU CONSEIL
EXÉCUTIF**

Dr Jean-Baptiste Ndong Nguema
Inspecteur général de la Santé
Ministère de la Santé publique
B.P. 2279
Libreville
Gabon
Fax : (244)76.45.34

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

Hon. Kwaku Afriyie*
Minister of Health
Accra
Ghana

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

Dr Mohamed Abdullah
Vice-Président du CCARDS
Nairobi
Kenya

* N'a pas pu participer.

ORDRE DU JOUR

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

ANNEXE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{ER} JOUR : MARDI 15 JUIN 2004

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

2^{ème} JOUR : MERCREDI 16 JUIN 2004

09h00 – 10h30	Point 6 de l'ordre du jour :	Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC54/13)
10h30 – 11h00	Pause-café	
11h00 – 12h30	Point 7 de l'ordre du jour :	Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (document AFR/RC54/14)
12h30 – 14h30	Pause-déjeuner	
14h30 – 16h00	Point 8 de l'ordre du jour :	Abus sexuels contre les enfants : Une situation d'urgence sanitaire silencieuse (document AFR/RC54/15)
17h00	Cocktail	

3^{ème} JOUR : JEUDI 17 JUIN 2004

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

4^{ème} JOUR : VENDREDI 18 JUIN 2004

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

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

PROJET DE RÉSOLUTION

**REPLACER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ
GÉNÉSIQUE : CADRE POUR ACCÉLÉRER L'ACTION, 2005–2014**
(document AFR/RC54/11 Rév.1)

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

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

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

Convaincu que «plus de deux ans d'intervalle de naissance économise des vies»,

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

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- a) de s'engager à mettre en oeuvre ce cadre dans le contexte de la Feuille de route visant à atteindre les OMD relatifs à la santé maternelle et néonatale grâce à un investissement accru dans la planification familiale;
- b) de revoir leurs politiques de santé génésique pour faire de la planification familiale une partie intégrante de celles-ci afin de traduire le cadre régional en programmes nationaux réalistes;

- c) d'incorporer la santé de la mère et du nouveau-né, y compris la planification familiale, dans les plans nationaux et locaux de développement et dans les plans de développement en collaboration avec la Banque mondiale, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique et les blocs économiques régionaux;
 - d) de promouvoir l'accès de toutes les femmes et de tous les hommes à une gamme complète d'informations et de produits et services de planification familiale, et d'explorer les possibilités de fabriquer localement des produits de planification familiale de qualité;
 - e) de renforcer les capacités nationales et institutionnelles pour la formation avant et en cours d'emploi en planification familiale, y compris en logistique des produits;
 - f) de mobiliser les institutions publiques, les partenaires internationaux du développement, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles et le secteur privé pour qu'ils renouvellent leur appui aux États Membres dans le domaine de l'amélioration de la sécurité des produits et de l'investissement dans les services de planification familiale;
3. PRIE le Directeur régional :
- a) de continuer à faire le plaidoyer sur le rôle essentiel de la planification familiale comme approche stratégique de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles;
 - b) de fournir l'assistance technique aux États Membres pour la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation du cadre en vue de replacer la planification familiale dans les services de santé génésique;
 - c) d'élaborer les lignes directrices pertinentes qui guideront les États Membres pour le plaidoyer en faveur du cadre et l'accélération de sa mise en oeuvre;
 - d) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-sixième session et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du cadre.

PROJET DE RÉOLUTION

**INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR RENFORCER LES SYSTEMES
NATIONAUX D'INFORMATION SANITAIRE**

(document AFR/RC54/12 Rév.1)

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

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

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

1. APPROUVE le document AFR/RC54/12 Rév.1 intitulé «Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire»;
2. INVITE les États Membres à :
 - a) procéder à une évaluation exhaustive de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire de manière à en recenser les lacunes et les besoins en termes de ressources humaines, financières et matérielles, moyens de communication et de supervision compris;
 - b) revoir et actualiser leurs indicateurs sanitaires de base – cibles proposées dans la Politique de la santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020, et les Objectifs du Millénaire pour le Développement – à l'aide d'ensembles minimums de données qui devront être recueillies, analysées et utilisées à intervalles réguliers et dans des délais appropriés à tous les échelons du système national de santé;

- c) adopter, dans le cadre de leur politique nationale de santé, une politique sur les systèmes nationaux d'information sanitaire;
- d) améliorer la coordination et la gestion des différents sous-systèmes de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, étant entendu que ces sous-systèmes sont exploités par les différentes administrations publiques, le secteur privé et des organisations non gouvernementales;
- e) créer ou renforcer des unités chargées des systèmes nationaux d'information sanitaire et investir davantage dans de tels systèmes;
- f) garantir la diffusion et l'utilisation efficace des données recueillies pour l'exécution des opérations au quotidien et la planification stratégique;

3. PRIE le Directeur régional :

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

PROJET DE RÉSOLUTION

**SANTÉ ET SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS DANS LA RÉGION AFRICAINE :
ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES**

(document AFR/RC54/13 Rév.1)

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

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

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

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres de :

- a) intégrer la santé et la sécurité des travailleurs dans les politiques sanitaires et les stratégies nationales de soins de santé et en assurer la coordination au sein des autres secteurs;
- b) élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lois qui assurent la promotion des lieux de travail sains et sûrs dans les secteurs formel et informel;
- c) produire des bases factuelles et des informations nécessaires à la prise de décisions politiques et leur mise en œuvre;
- d) créer un environnement favorable qui permet aux employeurs d'accroître les ressources mises à la disposition de la santé et la sécurité des travailleurs sur les lieux de travail;
- e) poursuivre la promotion des lieux de travail sains et sûrs en interdisant l'usage du tabac et d'autres substances nocives;

- f) mettre en place et renforcer les institutions chargées de la santé et de la sécurité des travailleurs pour assurer une gestion efficace, le renforcement des capacités et la recherche;
 - g) renforcer la collaboration et la coordination intersectorielle entre les parties prenantes, le secteur de la santé jouant le rôle de chef de file;
3. PRIE le Directeur régional de :
- a) apporter un appui technique à l'élaboration et au renforcement des politiques, des lois et des programmes concernant la santé et la sécurité des travailleurs;
 - b) maintenir le dialogue avec l'OIT et solliciter la collaboration et la participation d'autres organisations internationales comme le PNUE et l'ONUDI pour qu'elles fournissent un appui technique aux pays;
 - c) promouvoir et appuyer la recherche et la surveillance afin d'éclairer les politiques et plans de mise en œuvre nationaux;
 - d) appuyer la mobilisation des ressources et la mise en place de partenariats pour la santé et la sécurité des travailleurs;
 - e) faire rapport au Comité régional à sa cinquante-sixième session et, par la suite, tous les deux ans, sur les progrès réalisés en matière de santé et de sécurité des travailleurs.

PROJET DE RÉSOLUTION

**AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AU TRAITEMENT POUR
LE VIH/SIDA DANS LA RÉGION AFRICAINE :
INITIATIVE «3 MILLIONS D'ICI 2005» ET AU- DELÀ
(document AFR/RC54/14 Rév.1)**

Le Comité régional,

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

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

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

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

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

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

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

1. APPROUVE le document intitulé «Améliorer l'accès aux soins et au traitement pour le VIH/SIDA dans la Région africaine : Initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà (AFR/RC54/14 Rév.1)»;
2. SE FÉLICITE de la stratégie «3 millions d'ici 2005» adoptée par l'OMS et l'ONUSIDA pour mobiliser les ressources dans le monde et aider les pays en développement à placer 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici la fin de 2005;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres de veiller, à titre prioritaire, à :
 - a) élaborer et mettre en œuvre des plans complets pour améliorer l'accès aux soins et au traitement et garantir l'équité, y compris un appui nutritionnel pour le VIH/SIDA, avec des cibles précises en matière de couverture et une intensification des efforts de prévention;
 - b) promouvoir et appuyer des partenariats pour la création et la prestation de services de traitement et mettre en place des mécanismes efficaces permettant de mobiliser et de coordonner la contribution des divers intervenants, conformément au principe des «trois-un» (un cadre d'action national pour le VIH/SIDA, une autorité nationale de coordination et un système de surveillance et d'évaluation convenu);
 - c) simplifier les méthodes de dépistage, de conseil, de traitement et de suivi, en révisant la réglementation pour permettre au personnel paramédical d'assurer le traitement, le cas échéant, y compris des soins à domicile;

- d) intégrer l'intensification des soins et du traitement du VIH/SIDA dans les actions générales visant à renforcer les systèmes de santé et diffuser les leçons apprises;
 - e) élargir la couverture en décentralisant la gestion et la prestation des services relatifs au traitement et aux soins du VIH/SIDA;
 - f) renforcer la capacité des ressources humaines destinées aux systèmes de soins de santé, former les agents de santé à l'administration du traitement et améliorer leur accès à un traitement efficace en cas de besoin;
 - g) renforcer les systèmes de gestion des approvisionnements et de contrôle de la qualité et améliorer l'estimation et la projection de leurs besoins en ce qui concerne les médicaments et les trousseaux de diagnostic;
 - h) modifier leur législation relative à la propriété intellectuelle pour bénéficier des clauses de sauvegarde de la santé publique afférentes à la Déclaration de Doha sur les accords ADPIC et la santé publique;
 - i) renforcer les partenariats avec la société civile, y compris les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, et promouvoir et appuyer leurs actions, notamment en ce qui concerne le plaidoyer, la mobilisation des populations locales et l'appui pour l'observance du traitement;
4. PRIE le Directeur régional de :
- a) renforcer le rôle de l'OMS dans l'orientation technique qu'elle fournit au système de santé pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre de la riposte générale du système des Nations unies;
 - b) fournir l'assistance et l'orientation techniques requises pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de traitement et de soins;

- c) faire campagne pour un accroissement des ressources internationales afin d'accroître l'accès aux soins et au traitement;
- d) favoriser des partenariats au niveau régional en vue d'aider les pays et d'appuyer les efforts des gouvernements et l'établissement de partenariats au niveau des pays;
- e) plaider continuellement en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins;
- f) faire rapport chaque année au Comité régional sur la mise en œuvre de la résolution.

PROJET DE RÉSOLUTION

**ABUS SEXUELS CONTRE LES ENFANTS : UNE SITUATION
D'URGENCE SANITAIRE SILENCIEUSE**

(document AFR/RC54/15 Rév.1)

Le Comité régional,

Alarmé par le nombre croissant de notifications d'abus sexuels contre des enfants dans les États Membres et par la culture du silence qui entoure ces cas;

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

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

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

Rappelant les traités et instruments juridiques internationaux et régionaux existants, en particulier l'article 19 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et l'article 16 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant qui garantissent la

protection des enfants contre toutes les formes de torture et de traitements inhumains ou dégradants, y compris contre les abus ou l'exploitation à des fins sexuelles qui sont le fait des parents ou d'autres personnes chargées de la garde des enfants;

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

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

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

- c) de mettre en place des actions plurisectorielles, pluridisciplinaires et coordonnées, avec la participation des professionnels de la santé, des sociologues, des institutions chargées du maintien de l'ordre et de la communauté, pour prévenir les abus sexuels contre les enfants et fournir des soins et un soutien de qualité aux personnes touchées;
 - d) d'élaborer des plans d'action nationaux pour la prévention, les soins et la prise en charge des cas d'abus sexuels contre les enfants et les intégrer dans le programme national de santé de l'enfant et de l'adolescent;
 - e) de mobiliser les secteurs public et privé, les organisations non gouvernementales, les communautés et des spécialistes qualifiés pour améliorer la surveillance et la notification des cas d'abus sexuels commis sur des enfants;
 - f) de renforcer la capacité des professionnels de la santé d'utiliser des protocoles normalisés pour la prise en charge et les soins cliniques et les expertises médico-légales;
 - g) de renforcer les mécanismes nationaux chargés d'exécuter et de faire connaître les conventions et traités des Nations Unies qui ont été ratifiés au sujet des abus et de l'exploitation à des fins sexuelles auxquels sont soumis les enfants;
 - h) de renforcer les capacités nationales de recherche pour permettre de mieux comprendre les facteurs qui contribuent aux abus sexuels contre les enfants.
4. PRIE le Directeur régional :
- a) de continuer à exercer son rôle de chef de file et de sensibilisation pour favoriser l'intégration de la prévention, des soins et de la prise en charge des cas d'abus sexuels contre des enfants;

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