

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**

	<b>Paragraphe</b>
OUVERTURE DE LA RÉUNION .....	1 – 14
AGIR SUR LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC60/PSC/3) .....	15 – 24
RÉDUCTION DE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS (document AFR/RC60/PSC/4).....	25 – 32
SOLUTIONS EN MATIERE DE CYBER-SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE : CONTEXTE ACTUEL ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/5).....	33 – 41
CANCER DU COL DE L'UTERUS DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/6).....	42 – 48
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU DU DISTRICT, ET DE L'APPROPRIATION ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES (document AFR/RC60/PSC/7).....	49 – 56
DREPANOCYTOSE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC60/PSC/8).....	57 – 64
ÉPIDÉMIES RECURRENTES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION, PRÉPARATION ET RIPOSTE (document AFR/RC60/PSC/9) .....	65 – 75

TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS ET TUBERCULOSE À BACILLES ULTRARÉSISTANTS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION, ENJEUX ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/10).....	76 – 84
PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX SITUATIONS D'URGENCE DANS LA RÉGION AFRICAINNE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/11) .....	85 – 93
CRISE FINANCIÈRE MONDIALE : IMPLICATIONS POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC60/PSC/12) .....	94 – 100
DOCUMENT-CADRE DU FONDS AFRICAIN POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE (document AFR/RC60/PSC/13).....	101 – 110
SITUATION ACTUELLE DE LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE ET DE L'ÉRADICATION DE LA POLIO DANS LA RÉGION AFRICAINE : DÉFIS ET RECOMMANDATIONS (document AFR/RC60/PSC/14).....	111 – 121
SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL : PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE (document AFR/RC60/1).....	122

## ANNEXES

	<b>Page</b>
1. Liste des participants .....	22
2. Ordre du jour .....	24
3. Programme de travail .....	25



## OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo), du 8 au 11 juin 2010.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et à un membre du Conseil exécutif de l'OMS de la Région africaine.
3. Le Directeur régional a noté que la réunion du Sous-Comité de Programme se tient au moment même où le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies prévoit d'organiser plus tard dans l'année une réunion pour faire le bilan des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il a rappelé que le Comité régional a débattu, lors de sa cinquante-neuvième session, des progrès réalisés par ses États Membres et que les pays continuent à recueillir et à analyser des données afin de contribuer à une évaluation réaliste de la situation et à la prise des décisions qui s'imposent pour accélérer les progrès accomplis pour atteindre les OMD.
4. Il a réitéré l'engagement pris par la Région africaine de l'OMS de réaliser les OMD, notamment les objectifs 4 (mortalité infantile), 5 (mortalité maternelle) et 6 (VIH/sida, tuberculose et paludisme). Il a fait savoir qu'il y avait eu des progrès dans la lutte contre la mortalité infantile, le paludisme et le VIH/sida, mais qu'il y avait une stagnation pour ce qui est de la lutte contre la mortalité maternelle et la tuberculose. Il est donc nécessaire d'étudier de nouveaux moyens pour améliorer la situation.
5. Le Directeur régional a reconnu l'adhésion continue de la communauté internationale au renforcement des systèmes de santé et la nécessité d'améliorer la prestation des services de santé de district et l'appropriation et la participation communautaires, conformément à la Déclaration de Ouagadougou. Il a également souligné la nécessité de fournir des ressources supplémentaires et d'œuvrer avec les établissements de santé et les institutions de recherche pour une meilleure préparation et riposte aux épidémies récurrentes et nouvelles dans la Région.
6. Le Dr Sambo a rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme que leur rôle consiste à préparer les délibérations du Comité régional en analysant les politiques, stratégies et programmes de santé proposés par le Secrétariat. Il ne doute pas, qu'en tant qu'experts choisis par leurs pays, les membres du Sous-Comité du Programme participeront activement aux travaux pour faire en sorte que les rapports techniques et recommandations traitent des problèmes et besoins sanitaires de la Région.
7. Le Directeur régional a indiqué que la réunion examinera, entre autres, des sujets importants tels que les déterminants sociaux de la santé, l'usage nocif de l'alcool, le renforcement des systèmes de santé, la drépanocytose, les épidémies récurrentes, la tuberculose à bacilles résistants et à bacilles ultrarésistants, la crise financière mondiale, la vaccination systématique et l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.
8. Il a rappelé la décision du Comité régional, à sa cinquante-neuvième session, de créer un fonds africain pour les urgences de santé publique. Il a noté que le fonds permettra à la Région de mieux se préparer et d'avoir une meilleure riposte aux épidémies et aux catastrophes et a demandé aux membres du Sous-Comité du Programme de veiller à ce que l'on adopte de bonnes procédures pour le fonds.

9. En guise de conclusion, le Directeur régional a souligné qu'alors que les travaux du SCP se font dans des bureaux, salles de réunion et sur papier, l'objectif ultime est d'améliorer l'état de santé des populations et leur qualité de vie, et de prévenir les décès prématurés. Il a indiqué que le Secrétariat veillera à ce que les travaux du Sous-Comité du Programme se déroulent dans une atmosphère propice.

10. Après la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat du Bureau régional, le bureau a été constitué comme suit:

Président: Dr Frank Nyonator, Ghana  
Vice-Président: Prof. Mapatano Mala Ali, République démocratique du Congo  
Rapporteurs: Dr Storn Kabuluzi, Malawi (pour l'anglais)  
Prof. Mamadou Diouldé Baldé, Guinée (pour le français)  
Dr Mouzinho Saide, Mozambique (pour le portugais).

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

12. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la confiance placée en lui et a lancé un appel pour la participation active des membres et la gestion efficace du temps pour mener à bien les travaux de la réunion.

13. L'ordre du jour proposé (Annexe 2) et le programme de travail (Annexe 3) ont été examinés et ont été adoptés sans amendements. La réunion a ensuite convenu de l'horaire de travail suivant:

08 h 30 – 12 h 00, y compris une pause-café/thé de 30 minutes

12 h 00 – 13 h 30, pause déjeuner

13 h 30 – 18 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes

14. Des informations d'ordre administratif et des consignes de sécurité ont été communiquées aux membres du Sous-Comité du Programme.

### **AGIR SUR LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC60/PSC/3)

15. Le document note que la santé, outre les processus biologiques, est influencée par les circonstances sociales et économiques dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et par les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui sont communément appelées «déterminants sociaux de la santé», comprennent les revenus et les avoirs, et leur répartition; les soins de la petite enfance; l'éducation; les conditions de travail; la sécurité d'emploi; la sécurité alimentaire; l'égalité entre les sexes; le logement, y compris l'accès à l'eau potable et à l'assainissement; et le système de protection sociale. Ces déterminants sont à leur tour influencés par la gouvernance, et les facteurs sociaux et économiques. Pour les différents groupes sociaux, les inégalités dans l'accès à ces conditions sociales et économiques donnent lieu à des résultats sanitaires inégaux.

16. Le document indique que la Région africaine est à la traîne des autres régions de l'OMS pour ce qui est de l'ensemble des résultats sanitaires. Beaucoup de pays ne sont pas en voie d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La Région est confrontée à d'énormes défis, à savoir

la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le VIH/sida, la destruction et la dégradation de l'environnement, et le chômage croissant. Les avancées en matière de survie de l'enfant n'ont pas eu d'incidence sur l'espérance de vie, étant donné que les gains ont été érodés par le VIH/sida. Il existe d'importantes inégalités au sein d'un même pays et entre pays en matière de santé, au regard de divers indicateurs sanitaires comme la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, le retard de croissance, et même en termes d'accès aux services de santé. Les différences entre riches et pauvres sont souvent considérables, et le fossé ne fait que se creuser dans certains pays.

17. Le but de la stratégie est d'aider les États Membres à intégrer les mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé par des politiques et plans intersectoriels permettant d'agir efficacement sur les principaux déterminants de la santé, conformément aux recommandations générales de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Les interventions plus ou moins spécifiques au secteur de la santé sont les suivantes : renforcer le rôle de tutelle et de chef de file du ministère de la santé; renforcer les capacités dans les domaines de l'élaboration des politiques, du leadership et du plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé; faire un plaidoyer pour l'adoption de lois et règlements garantissant à l'ensemble de la population un niveau élevé de protection; veiller à ce que les systèmes de santé se fondent sur des soins de santé universels et de qualité; et rendre plus équitables le financement de la santé et l'allocation des ressources.

18. Les interventions des secteurs autres que la santé ainsi que celles à caractère multisectoriel sont les suivantes: garantir la protection sociale tout au long de la vie; élaborer et/ou promouvoir des politiques axées sur les milieux favorables à la santé et les populations en bonne santé, en s'attaquant notamment au changement climatique et à la dégradation de l'environnement; veiller à l'équité en santé dans toutes les politiques; évaluer et atténuer les effets néfastes du commerce international et de la mondialisation ; renforcer la bonne gouvernance pour promouvoir la santé et l'équité en matière de santé; investir dans le développement du jeune enfant; accorder une place importante à la promotion de la santé ; placer au centre des préoccupations et promouvoir l'égalité entre les sexes; s'attaquer à l'exclusion sociale et à la discrimination; favoriser l'émancipation politique de tous les groupes sociaux, en leur permettant de participer de façon équitable à la prise de décision; protéger et/ou améliorer les déterminants sociaux de la santé dans les situations de conflit; et assurer un suivi systématique, la recherche et la formation.

19. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document. Ils ont félicité le Secrétariat pour la pertinence du document et ont demandé sa mise en œuvre. Ils ont insisté sur la nécessité de mettre en relief l'«appropriation par les pays» et la «participation de tous les acteurs», en tant que principes directeurs. Ils ont souligné la nécessité d'inclure les progrès réalisés par la Région en matière de réduction de la pauvreté dans l'analyse de la situation et d'inscrire la santé mentale parmi les problèmes de santé publique prioritaires.

20. Le Sous-Comité du Programme a fait observer qu'il est nécessaire de promouvoir la coopération entre les ministères de la santé et les institutions de formation et de recherche, afin de documenter la situation et faire le suivi régulier des déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, la création, au niveau national, d'un groupe spécial sur les déterminants sociaux et économiques de la santé devrait être envisagée à court terme. Le renforcement de la bonne gouvernance, dans le contexte national, a été présenté comme une composante essentielle de la promotion de la collaboration intersectorielle. Le renforcement des capacités nationales dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé, dans le contexte des soins de santé primaires, a également été souligné.

21. Les membres du Sous-Comité du Programme ont proposé que l'intervention en faveur de l'équité en matière d'emploi et de l'emploi décent couvre également la santé et la sécurité des travailleurs. S'agissant de l'intervention en faveur du développement du jeune enfant, les pays devraient être invités à garantir une éducation de qualité dans le primaire et le secondaire.

22. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

23. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et suggestions, et il a souligné l'importance de l'action intersectorielle ainsi que les défis associés à la mise en œuvre, depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires.

24. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/1) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **RÉDUCTION DE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL: UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS** (document AFR/RC60/PSC/4)

25. Le document mentionne que si l'alcool constitue une importante source de revenus et que son usage fait partie des pratiques et des normes sociales et culturelles dans de nombreux pays de la Région, on ne peut ignorer les coûts sanitaires et sociaux qui y sont liés. Les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool sont considérables et ont des effets néfastes sur le consommateur et sur la société en général. Dans la Région africaine, la charge de morbidité imputable à l'alcool augmente, et le pourcentage des décès dus à l'usage nocif de l'alcool est passé de 2,1 % en 2000, à 2,2 % en 2002 et à 2,4 % en 2004.

26. D'après le document, aucun autre produit de consommation aussi courante que l'alcool n'est à l'origine d'un nombre aussi élevé de décès prématurés et d'incapacités. L'intoxication et les effets chroniques de la consommation d'alcool peuvent occasionner des problèmes de santé permanents, des troubles neuropsychiatriques et d'autres troubles ayant des conséquences à court et long termes, des problèmes sociaux, des traumatismes ou même la mort. Un nombre croissant de données factuelles montrent qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool et les comportements sexuels à haut risque et les maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH/sida.

27. Le document signale que dans de nombreux pays, outre le faible niveau de sensibilisation du public aux effets nocifs de l'alcool sur la santé, les politiques adéquates sont rares; il n'y a pas de coordination entre les secteurs concernés; il n'existe toujours pas de systèmes de surveillance et de suivi réguliers et systématiques, dotés des ressources nécessaires; et il arrive qu'au sein des systèmes de santé, on ne perçoive pas la gravité des problèmes liés à l'alcool et qu'on ne sache pas les prendre en compte convenablement.

28. La stratégie vise à contribuer à la prévention ou au moins à la réduction de l'usage nocif de l'alcool et des problèmes y afférents dans la Région africaine. Les interventions prioritaires comprennent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de lutte contre l'alcool; le renforcement du leadership, de la coordination et de la mobilisation des partenaires; la sensibilisation du public et l'action communautaire; l'éducation du public fondée sur l'information; l'amélioration de la réponse du secteur de la santé; le renforcement des systèmes d'information stratégique, de surveillance et de

recherche; l'application de la législation sur l'alcool au volant et les mesures de lutte; la réglementation de la commercialisation de l'alcool; la réduction de l'accessibilité géographique et financière et de la disponibilité de l'alcool; la lutte contre la production illégale et informelle de boissons alcoolisées, et la mobilisation de ressources accrues ainsi qu'une allocation appropriée de ces ressources.

29. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration de la stratégie, compte tenu de l'ampleur des conséquences sociales et sanitaires de l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Ils ont souligné la nécessité de renforcer la justification du document et ont recommandé d'y inclure les effets de la mondialisation et du libre échange. La nécessité d'une approche intégrée de la toxicomanie a été reconnue. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de certaines interventions prioritaires ont été soulignées. Il a été proposé de rechercher un consensus sur les approches et mesures à adopter pour la mise en œuvre des interventions. Les membres du Sous-comité du Programme ont recommandé l'insertion de données plus récentes dans le document, la mise en place d'un processus de suivi pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre de la stratégie dans les pays, ainsi qu'une expression plus ferme dans la rédaction des recommandations.

30. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

31. En réponse, le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions. Le Directeur régional a proposé les mesures suivantes comme perspectives : i) élaborer un plan d'action régional pour la mise en œuvre de la stratégie, prenant en compte la Stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool, adoptée par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé; ii) organiser une consultation régionale pour engager ouvertement les représentants de l'industrie de l'alcool et des secteurs du commerce, de l'agriculture et d'autres secteurs pertinents, en vue de limiter les effets de l'alcool sur la santé; iii) améliorer les données et les bases factuelles pour guider la prise de décisions; iv) faire du plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources; et v) investir dans le secteur de la santé pour renforcer les capacités humaines et institutionnelles en vue de l'élimination des problèmes en rapport avec l'usage nocif d'alcool.

32. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/2) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **SOLUTIONS EN MATIÈRE DE CYBERSANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE: CONTEXTE ACTUEL ET PERSPECTIVES (document AFR/RC60/PSC/5)**

33. D'après le document, la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'appui aux actions de santé et dans des domaines connexes. Il indique que la cybersanté peut contribuer au renforcement des systèmes de santé, notamment par l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation de l'information et des bases factuelles, grâce au renforcement des systèmes d'information sanitaire; le perfectionnement des personnels de santé et l'amélioration de la performance, à la faveur de l'élimination des barrières en termes de distance et de temps, grâce à la télémédecine et à la formation médicale continue; l'amélioration de l'accès à l'information et aux



connaissances qui existent aux niveaux mondial et local; et la promotion de changements positifs dans les modes de vie pour lutter contre les maladies courantes et les prévenir.

34. Parmi les importants défis auxquels sont confrontés les pays figurent la «fracture numérique», c'est-à-dire l'insuffisance des infrastructures et des services TIC, et le manque de compétences et de savoir-faire pour leur utilisation; le coût élevé de la mise en place et de la maintenance d'une bonne infrastructure TIC; les connaissances limitées en matière de cybersanté; l'absence d'un environnement politique favorable; le faible niveau de leadership et de coordination; l'insuffisance des capacités humaines pour planifier et appliquer les solutions qu'offre la cybersanté; le manque d'infrastructures et de services TIC dans le secteur de la santé; l'insuffisance des ressources financières, et les faiblesses des systèmes de suivi et d'évaluation.

35. Les mesures proposées comprennent ce qui suit: promouvoir un engagement politique national et la connaissance de la cybersanté; créer un environnement politique favorable; renforcer le leadership et la coordination; créer des infrastructures et établir des services de cybersanté, y compris l'instauration de connections Internet pour les établissements de santé, la création de sites web pour les ministères de la santé, la mise en place de réseaux locaux, et la fourniture d'équipements de traitement des données; développer les capacités humaines en matière de cybersanté; mobiliser des ressources financières pour la cybersanté; et suivre et évaluer la mise en œuvre des plans et cadres nationaux de cybersanté.

36. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la pertinence du sujet. Bien que les technologies appropriées soient disponibles, ils s'inquiètent du fait que les gouvernements ne soient pas à même de généraliser leur utilisation afin de renforcer les systèmes de santé. Ils ont réitéré qu'il est nécessaire que le secteur de la santé, au plus haut niveau, montre la voie par l'exemple en acquérant les compétences nécessaires et en utilisant les technologies pertinentes, et qu'il contribue au développement des capacités humaines requises. Les pays sont invités à recourir à des approches de cybersanté pour renforcer le perfectionnement professionnel des agents de santé.

37. La nécessité de mener des activités de sensibilisation en matière de cybersanté et d'allouer davantage de ressources a été mise en avant. Les pays doivent prendre position pour résister aux pressions commerciales et adopter des solutions qui correspondent à leurs besoins. Par ailleurs des mesures doivent être prises pour constituer une masse critique d'experts pouvant agir en tant que champions et groupes de pression pour l'adoption de la cybersanté en vue du renforcement des systèmes nationaux de santé. Les pays ont encouragé à utiliser les liens et synergies entre les programmes de cybersanté et les programmes de gestion des technologies sanitaires. Les questions éthiques relatives à la cybersanté ne doivent pas être oubliées.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

39. Le Secrétariat a clarifié le rôle qui lui incombe en matière de sensibilisation et d'appui aux États Membres en matière d'adoption et de mise en œuvre de politiques et stratégies de cybersanté. Le Directeur régional a noté qu'alors que l'utilisation des TIC pour la santé est un phénomène relativement récent, il est nécessaire que les États Membres tirent profit des technologies courantes. Il a donné à la réunion un aperçu des initiatives relatives aux TIC que le Secrétariat met actuellement en œuvre, à savoir le lancement du système mondial de gestion de l'OMS, la création du Centre des opérations sanitaires stratégiques et l'Observatoire africain de la santé.

40. Le Directeur régional a fait remarquer que tant le Secrétariat de l'OMS que les États Membres doivent s'investir davantage dans le domaine de la cybersanté. Il a rappelé que la résolution WHA 58/28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la cybersanté et la résolution AFR/RC56/R8 du Comité régional sur la gestion des connaissances visent à galvaniser l'action au niveau des pays. L'objet du présent document est de continuer à sensibiliser les États Membres à la question et de les encourager à élaborer des politiques et stratégies qui tiennent compte de leur situation nationale et de leurs besoins spécifiques, et qui soient conformes aux normes internationales. Il a invité l'OMS et les États Membres à investir davantage dans les ressources humaines et les institutions nécessaires à l'adoption de solutions en matière de cybersanté.

41. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC60/PSC/WP/3) à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS LA RÉGION AFRICAINE: SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES** (document AFR/RC60/PSC/6)

42. Le document note que le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus courant chez les femmes partout dans le monde. Environ 500 000 nouvelles patientes ont été diagnostiquées en 2002 et près de 90 % d'entre elles dans les pays en développement. Il est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes dans les milieux à ressources limitées, surtout en Afrique. Le facteur majeur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui est très répandu chez les adolescents de la Région africaine. Plus de 80 % des cancers en Afrique subsaharienne sont vus alors qu'ils sont à un stade avancé, du fait principalement du manque d'information, d'où des taux élevés de mortalité, même après traitement.

43. Le document indique que bien que le cancer du col de l'utérus soit potentiellement évitable et que de bons programmes de dépistage puissent réduire de manière significative la morbidité et la mortalité, les systèmes de santé de la Région africaine ne sont pas convenablement préparés pour traiter cette affection. Peu d'efforts ont été déployés dans les milieux à ressources limitées pour le dépistage des femmes de plus de 30 ans. Par conséquent, les cancers du col de l'utérus ne sont diagnostiqués qu'à un stade avancé de la maladie. En outre, les traitements font presque totalement défaut ou sont trop onéreux ou inaccessibles pour un grand nombre des femmes.

44. Les mesures proposées pour renforcer la prévention et la lutte comprennent ce qui suit : élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes appropriés; renforcer les systèmes de surveillance ; mobiliser et allouer des ressources suffisantes; renforcer les partenariats ; adopter une collaboration intersectorielle; et améliorer la participation de la société civile. En outre, les pays doivent améliorer l'efficacité des services de santé pour le cancer du col de l'utérus en fournissant des services de vaccination contre le VPH; en élaborant des modèles de prestation de services axés sur le patient; en améliorant le dépistage et le diagnostic précoce, y compris le dépistage par examen visuel du col, l'action curative et les soins à tous les niveaux; la mise en place de bons systèmes d'orientation-recours ; l'élaboration d'un plan durable de développement des ressources humaines; et le renforcement de la capacité des établissements de formation des agents de santé à intensifier la formation des prestataires de soins pertinents.

45. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document et constaté que les actions proposées sont pertinentes et couvrent les trois composantes de la prévention, aussi bien primaire, secondaire que tertiaire. Ils ont souligné la nécessité d'intégrer la lutte contre le cancer de l'utérus dans une politique nationale plus vaste qui traite de tous les types de cancers chez les femmes. Ils ont manifesté des préoccupations quant au coût élevé et aux questions éthiques que soulèvent l'introduction et l'extension de la vaccination contre l'infection à VPH dans les pays.

46. S'agissant des actions proposées, il a été suggéré que les pratiques sexuelles à moindre risque, y compris l'utilisation de préservatifs, doivent être incluses parmi les facteurs liés au mode de vie comme moyen de prévention primaire susceptible de réduire également les infections sexuellement transmissibles. Le dépistage par examen visuel étant reconnu comme une mesure de prévention efficace et peu coûteuse, il importe donc d'améliorer les capacités dans ce domaine.

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

48. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ: AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU DU DISTRICT, ET DE L'APPROPRIATION ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES**

(document AFR/RC60/PSC/7)

49. Le document rappelle que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, la Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé communautaire, le Rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde, consacré aux soins de santé primaires, et d'autres documents connexes présentent dans leurs grandes lignes les principes et les approches en matière de renforcement des systèmes de santé et mettent l'accent sur le rôle des communautés et des partenaires dans le développement sanitaire. Les communautés sont des groupes sociaux de toute taille, dont les membres résident dans une localité spécifique, exercent ensemble une autorité et ont souvent un héritage culturel et historique commun.

50. La Région africaine a fait des progrès dans la promotion et le renforcement de l'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire. Toutefois, les rapports entre les communautés et le système formel de soins de santé restent encore très faibles. Il y a également les défis liés à l'insuffisance des capacités des équipes de gestion de la santé au niveau du district, à la couverture limitée des interventions sanitaires essentielles, au fait que les services de santé ne sont pas assez globaux, à la coordination insuffisante de la continuité des soins, à l'augmentation insuffisante de la production des agents de santé, à l'inadéquation des mesures visant à encourager le recrutement, la fidélisation, le perfectionnement et le déploiement approprié et équitable des personnels pour compenser les effets de la crise des ressources humaines pour la santé, à l'institutionnalisation inadéquate de systèmes de prépaiement efficaces, à la gestion inefficace des systèmes d'approvisionnement, et à l'absence d'un environnement propice au niveau communautaire.

51. Les mesures proposées consistent à renforcer le leadership des équipes de gestion de la santé au niveau du district, à mettre en œuvre un paquet complet de services de santé essentiels, à améliorer l'organisation et la gestion de la prestation de services de santé, à institutionnaliser le concept des

soins de santé primaires comme mécanisme central de la coordination, à améliorer l'adéquation des ressources humaines pour la santé et à adopter une approche axée sur l'équipe dans l'évaluation des performances, à mettre en place des mécanismes de prépaiement comme l'assurance sociale maladie et le financement des soins de santé par l'impôt, à renforcer les processus d'achat, d'approvisionnement et de distribution, à clarifier les responsabilités des districts dans la réalisation des objectifs nationaux, internationaux et des objectifs du Millénaire pour le développement, et à donner aux communautés les moyens de prendre elles-mêmes les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé.

52. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence et la qualité technique du document. Ils ont exprimé la nécessité d'inclure dans le document la définition du district de santé et de mettre davantage l'accent sur la collaboration intersectorielle et les partenariats. Ils ont également exprimé la nécessité d'un paragraphe séparé sur la décentralisation, accordant une large place au rôle des autorités et structures locales, de la société civile, du secteur privé et d'autres partenaires, en particulier au niveau communautaire.

53. Reconnaissant l'importance des ressources humaines au niveau du district, les membres du Sous-Comité du Programme ont recommandé qu'une plus grande attention soit accordée à la mise en place de dispositions visant à encourager et à fidéliser les personnels de santé, notamment dans les zones rurales. Ils ont demandé à l'OMS de fournir aux pays des normes actualisées concernant les ressources humaines pour la santé et des directives techniques relatives à l'évaluation des progrès vers la réalisation des OMD liés à la santé au niveau du district.

54. Le Sous-Comité du Programme a demandé au Secrétariat d'envisager d'inclure, dans la section appropriée du document, le renforcement des infrastructures, des systèmes d'information et de la recherche opérationnelle au niveau du district. Ils ont également fait des recommandations spécifiques sur le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans le document.

55. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions pertinentes en vue d'améliorer le document. Il a précisé que le but du document était de faire ressortir deux des neuf domaines prioritaires de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (prestation de services ; participation communautaire), et a indiqué que les priorités restantes seraient examinées à l'occasion de futures sessions du Comité régional. Le Secrétariat a ensuite assuré aux membres du Sous-Comité du Programme que le concept de «district de santé», de même que les normes, les dispositions visant à encourager et à fidéliser les ressources humaines, la décentralisation et les infrastructures physiques seront explicitées dans le document.

56. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la sixième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **DRÉPANOCYTOSE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS** (document AFR/RC60/PSC/8)

57. Le document indique que la drépanocytose est une maladie héréditaire liée à une anomalie de l'hémoglobine et que c'est la maladie génétique la plus répandue dans la Région africaine de l'OMS. Dans bon nombre de pays, 10 à 40 % de la population est porteuse du gène drépanocytaire et on estime par conséquent à au moins 2 % le taux de prévalence de la drépanocytose dans ces pays.

58. La charge de la drépanocytose dans la Région africaine augmente en fonction de la croissance démographique. Cela a d'importantes implications sur le plan socio-économique et de la santé publique. En dépit de l'intérêt manifesté récemment à un haut niveau pour la drépanocytose, notamment l'engagement avéré de quelques Premières Dames d'Afrique et l'adoption par les Nations Unies d'une résolution reconnaissant la drépanocytose comme un problème de santé publique, les investissements dans la prévention et la prise en charge de la drépanocytose, en recourant à des mesures complètes de prévention primaire et à la prise en charge globale des soins de santé, demeurent insuffisants.

59. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de l'incidence de la drépanocytose, de la morbidité et de la mortalité qu'elle entraîne dans la Région africaine. Les interventions proposées comprennent des activités de plaidoyer efficace en faveur de l'accroissement de la sensibilisation et de la mobilisation des ressources; la promotion de partenariats; le renforcement des programmes nationaux de lutte contre la drépanocytose; le renforcement des capacités des professionnels de la santé; la mise en œuvre d'activités d'appui en faveur de groupes spéciaux; l'amélioration de la prévention primaire grâce aux conseils et aux tests génétiques; le renforcement de l'examen et du dépistage précoces; la prise en charge globale des soins de santé pour les drépanocytaires; la fourniture de médicaments à un prix abordable; le renforcement des capacités de diagnostic et de laboratoire; le renforcement de la surveillance de la drépanocytose; et la promotion d'une recherche novatrice.

60. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance et la pertinence de la Stratégie régionale. Ils ont reconnu que la drépanocytose est un problème de santé publique dans certains États Membres. Ils ont fait observer que, même si la drépanocytose est un problème sanitaire de longue date, son ampleur n'est pas très bien connue. La nécessité pour l'OMS d'appuyer les États Membres dans la conduite d'analyses de la situation a été mise en évidence.

61. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné le fait qu'il importe d'accroître la sensibilisation à la prévention et à la lutte contre la drépanocytose, et au rôle du conseil génétique à l'approche du mariage et, du dépistage dans les services de consultations prénatales. Ils ont fait observer que quelques associations nationales ont joué un rôle en accordant un appui pour les drépanocytaires. Ils ont recommandé que les associations participant à la prévention et à la lutte contre la drépanocytose soient coordonnées et bénéficient d'un appui technique et financier pour leur permettre de jouer leur rôle de manière plus efficace dans la prévention et la lutte contre la drépanocytose.

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

63. Le Secrétariat a accepté les contributions apportées par le Sous-Comité du Programme. Le Directeur régional a rappelé qu'en ce qui concerne la drépanocytose, il y a eu des délibérations et des résolutions du Conseil exécutif, de l'Assemblée mondiale de la Santé, de l'Union africaine et de l'Assemblée générale des Nations Unies. En fait, en mars 2009, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu la drépanocytose comme un problème de santé publique. Le Directeur régional a recommandé que les précédentes résolutions soient précisées dans le document.

64. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé préparé sur le sujet à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

**ÉPIDÉMIES RÉCURRENTES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS :  
ANALYSE DE LA SITUATION, PRÉPARATION ET RIPOSTE**

(document AFR/RC60/PSC/9)

65. Le présent document indique que les pays de la Région africaine de l'OMS continuent d'être touchés par des épidémies récurrentes de choléra, de paludisme, de méningite, de rougeole et de maladies zoonotiques, y compris les fièvres hémorragiques virales (FHV), la peste et, tout récemment, la dengue, qui ont un impact significatif sur la santé et le développement socio-économique. En 2009, tous les 46 États Membres de la Région ont notifié au moins une épidémie. En plus, 33 pays ont notifié des cas de grippe pandémique A (H1N1)2009.

66. Le document indique que les défis auxquels sont confrontés les États Membres comprennent l'absence d'évaluation systématique des risques, l'inefficacité des systèmes d'alerte et de riposte précoces, la faiblesse de la coordination et de la collaboration entre les secteurs en charge de la santé humaine et ceux en charge de la santé animale, la coordination interpays insuffisante, l'absence de plans consolidés de préparation et de riposte aux épidémies, l'incapacité d'entretenir, au niveau national, des équipes fonctionnelles de riposte rapide aux épidémies et des stocks de fournitures nécessaires pour la riposte aux épidémies, l'absence de ressources financières suffisantes, la capacité de riposte limitée au niveau local, l'inadéquation de l'accès à de l'eau potable et à un assainissement fiable, la prolongation des saisons sèches ou des pluies, et les déplacements de population associés aux catastrophes naturelles et à celles causées par l'homme.

67. Les mesures proposées consistent à conduire des évaluations des risques, à mettre en place des systèmes d'alerte précoce et/ou à renforcer ceux existant, à adopter l'approche «Un monde, une seule santé» pour prévenir et combattre les maladies zoonotiques, à investir dans la santé environnementale, à intensifier la promotion de la santé, à faire de la recherche, à maintenir des équipes de riposte rapide aux épidémies aux niveaux national, provincial et du district, à mettre en place des comités nationaux multisectoriels fonctionnels de prise en charge des épidémies, à pré-positionner les fournitures et équipements essentiels, notamment les vaccins, les outils de diagnostic et les fournitures pour le traitement, et à renforcer la communication avec les pays voisins.

68. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document et ont reconnu son importance dans le contexte de la Région africaine. L'appui accordé aux pays par l'OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies a été apprécié à sa juste valeur.

69. En échangeant leurs expériences, les membres du Sous-Comité du Programme, ont souligné l'importance des partenariats à chaque stade de la prise en charge d'une épidémie. La nécessité d'une coopération entre les pays dans les domaines de la détection précoce des cas, de la surveillance, notamment les définitions de cas, les capacités de laboratoire, le stockage de produits de base et le partage des fournitures, a été soulignée en tant que moyen permettant de mieux riposter aux épidémies.

70. L'accent a été mis sur les plans nationaux complets de préparation et de riposte aux épidémies, avec des rôles et des responsabilités bien définis pour les acteurs, en testant les plans grâce à des simulations, en formant des équipes de riposte, et en veillant à permettre l'accès à des procédures opérationnelles normalisées bien définies, en tant qu'aspect primordial de la riposte aux flambées.

71. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que la prise de conscience communautaire des épidémies était limitée et ont préconisé un accroissement de la sensibilisation, notamment l'introduction de messages clés dans les programmes des écoles primaires et secondaires. Des préoccupations ont été exprimées devant l'incapacité des pays à allouer des ressources financières suffisantes pour s'attaquer aux épidémies.

72. Le Sous-Comité du Programme a fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

73. Le Secrétariat a pris acte des contributions apportées par le Sous-Comité du Programme et est convenu d'incorporer les amendements proposés. Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés que, conformément à la résolution AFR/RC59/R5 du Comité régional demandant la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique, un document cadre concernant ce fonds a été préparé, pour examen par le Sous-Comité du Programme.

74. Le Secrétariat a fait savoir aux membres du Sous-Comité du Programme que des procédures opérationnelles normalisées pour s'attaquer aux principales maladies à potentiel épidémique ont été préparées et qu'elles seraient rassemblées en vue de leur distribution aux pays de la Région. En outre, pour améliorer l'appui accordé aux pays pour une riposte en temps réel aux épidémies, des mécanismes tels que le Réseau mondial d'alerte et de riposte aux flambées, le Centre des opérations sanitaires stratégiques et l'Equipe régionale d'intervention rapide virtuelle, ont été mis ou sont en cours de mise en place.

75. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

## **TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS ET TUBERCULOSE À BACILLES ULTRARÉSISTANTS DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ANALYSE DE LA SITUATION, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

(document AFR/RC60/PSC/10)

76. Le présent document indique que la tuberculose (TB) constitue une haute priorité dans la Région africaine de l'OMS et qu'en 2005, le Comité régional a déclaré la tuberculose comme une urgence sanitaire dans la Région. En 2007, la Région a enregistré 22 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde. Les taux de notification des cas ont augmenté de 82/100 000 en 1990 à 158/100 000 en 2007. Selon les estimations, 51 % des tuberculeux testés en 2007 étaient séropositifs, faisant ainsi de l'infection à VIH le facteur de risque le plus important pour l'incidence de la tuberculose dans la Région.

77. Le document indique que la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) est en passe de devenir un problème dans la Région. La TB-MR se définit comme la tuberculose causée par des organismes résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine. La tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB-UR) est une TB-MR qui résiste également à toutes les fluoroquinolone et au

moins à l'un des quatre antituberculeux injectables de deuxième intention. Entre janvier 2007 et décembre 2009, 22 032 nouveaux cas de TB-MR ont été signalés par 33 pays. On estime que 1501 nouveaux cas de TB-UR ont été notifiés par huit pays au cours de la même période.

78. Les défis auxquels les pays sont confrontés sont notamment les taux d'échec des traitements de la tuberculose; l'absence générale de mesures de lutte contre l'infection dans les communautés et les établissements sanitaires; les politiques, les manuels et les lignes directrices dépassés; l'insuffisance des services de laboratoires de qualité; la faiblesse de la surveillance de la tuberculose résistante; la faiblesse des normes de soins et de lutte contre l'infection; l'insuffisance des médicaments de seconde intention; la longue durée du traitement et d'autres défis liés à la santé comme l'accès limité aux services antituberculeux généraux et l'insuffisance des ressources humaines pour la santé.

79. Les mesures proposées sont notamment les suivantes : prévenir l'apparition de souches de tuberculose résistantes; intensifier la prise en charge programmatique de la tuberculose résistante; mettre en place et maintenir des systèmes nationaux de surveillance de la tuberculose résistante; renforcer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments antituberculeux de seconde intention; élaborer et mettre en œuvre des mesures de lutte antituberculeuse; mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures recommandées; étendre les réseaux régionaux pour le diagnostic de la TB-MR et de la TB-UR; et entreprendre la recherche opérationnelle.

80. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence et la qualité du document technique sur la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine. Ils ont reconnu que la lenteur des progrès dans la lutte contre la tuberculose et l'apparition de la TB-MR et de la TB-UR sont dues à l'échec des systèmes de santé. Par conséquent, ils ont suggéré que les mesures proposées soient inscrites dans le cadre du renforcement du système de santé, et notamment du renforcement des capacités à tous les niveaux. Des membres du Sous-Comité du Programme ont exprimés leurs préoccupations par rapport à l'efficacité de la vaccination au BCG chez les enfants qui est connue être inférieure à 50%.

81. Ils ont souligné la nécessité d'envisager à nouveau la solution du sanatorium pour prévenir les infections croisées et la transmission de la tuberculose. En outre, ils ont demandé des éclaircissements sur l'initiative DOTS dans les pays et des orientations quant à sa mise en œuvre au niveau communautaire. Les membres du Sous-Comité du Programme ont noté que les pays sont insuffisamment sensibilisés et informés concernant la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la TB-MR et de la TB-UR, y compris la lutte contre l'infection. Dans ce contexte, ils ont recommandé d'inclure la conception des infrastructures sanitaires dans les mesures de prévention des infections croisées.

82. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations spécifiques concernant le fond et la forme du document.

83. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs très précieux commentaires, questions et suggestions. Il a fourni des explications concernant l'efficacité du BCG dans la prévention des formes sévères de la TB chez les enfants; les avantages et les inconvénients des sanatoriums en termes de coût-efficacité; l'importance de la sensibilisation et des informations; et les enseignements tirés de l'utilisation des DOTS.



84. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX SITUATIONS D'URGENCE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

(document AFR/RC60/PSC/11)

85. Le document fait remarquer que la Région africaine de l'OMS continue d'être mise à l'épreuve par des crises et des catastrophes naturelles fréquentes qui provoquent des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction de formations sanitaires et la désorganisation des services. Les pertes économiques totales résultant des décès liés aux catastrophes dans la Région en 2007 sont estimées à US \$ 117,2 millions. En 2008, on a enregistré plus de 12 millions de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays, contre 6 millions environ en 1997. En 2009, dans la Corne de l'Afrique, près de 23 millions de personnes ont eu besoin d'aide alimentaire humanitaire et plus d'un million et demi de personnes dans 26 pays ont été victimes d'inondations.

86. Le document indique que les défis auxquels les pays sont confrontés comprennent l'incapacité de procéder à des évaluations de la vulnérabilité et à la cartographie des risques; le manque de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui portent sur de multiples risques; l'absence d'activités humanitaires et d'urgence dans les plans nationaux de développement sanitaire; l'absence de programmes complets de réduction des risques de catastrophes et de préparation à ceux-ci; l'insuffisance des capacités de mise en œuvre des normes nationales; la faiblesse des mécanismes de coordination; la faiblesse des systèmes d'alerte précoce; l'absence d'une masse critique de personnels formés; la participation communautaire insuffisante; l'allocation de ressources insuffisantes; et l'absence d'un document stratégique actualisé qui incorpore les nouvelles approches et résolutions convenues à l'échelle mondiale.

87. Les mesures proposées consistent à évaluer les dangers, les vulnérabilités, les risques et les capacités au niveau du secteur de la santé; à actualiser les plans nationaux de développement sanitaire afin d'y intégrer le relèvement des systèmes de santé après les catastrophes; à créer au sein des ministères de la santé des services de gestion des interventions sanitaires d'urgence, dotés d'un personnel employé à plein temps; à créer des comités multisectoriels sur les situations d'urgence ou à renforcer ceux existants; à renforcer le volet santé des systèmes d'alerte précoce pour les catastrophes naturelles et les crises alimentaires; à élaborer et financer des programmes d'enseignement et de formation; à mettre au point des programmes de sensibilisation, de communication en matière de risques, de formation et d'autres programmes pour avoir une «communauté préparée»; à accroître les financements destinés à la prévention des catastrophes, à la préparation aux situations d'urgence; et au relèvement des systèmes de santé après les situations d'urgence, et à élaborer une nouvelle stratégie régionale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, ainsi qu'un cadre pour fournir des orientations aux États Membres.

88. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné la pertinence du sujet discuté. Compte tenu de la similarité des points 7.7, 7.9, et 7.11 de l'ordre du jour de la soixantième session du Comité régional, portant respectivement sur les épidémies récurrentes, la préparation et la riposte aux situations d'urgence, et le Fonds africain pour les urgences de santé publique, le Sous-Comité du Programme a proposé que les trois points soient discutés l'un à la suite de l'autre.

89. Les membres du Sous-Comité du Programme ont proposé que les concepts et la terminologie utilisés dans le domaine des urgences/catastrophes soient davantage clarifiés en collaboration avec les parties prenantes concernées. Par ailleurs, la mobilisation des ressources en vue de répondre aux urgences ne devrait pas être liée à la déclaration, par les pays, d'une situation de catastrophe. Il a été souligné que le financement des urgences devrait d'abord être la responsabilité des gouvernements et porter surtout non seulement sur la riposte, mais aussi sur la préparation, et les gouvernements devraient être les premiers à renforcer la résilience nationale et communautaire.

90. Il a été recommandé que les structures actuelles existantes dans les ministères de la santé soient renforcées pour prendre en charge la préparation et la riposte aux urgences naturelles et provoquées par l'homme, ainsi qu'aux épidémies. Compte tenu du coût élevé des exercices de simulation, il faudrait envisager d'autres possibilités moins onéreuses telles que les exercices assistés par ordinateur. En plus des actions que doivent définir les États Membres à titre individuel, des actions inter-pays et régionales doivent également être déterminées. Il conviendrait d'encourager l'échange d'expériences entre pays sur la préparation et la riposte aux urgences, et l'appui technique de l'OMS devrait être accordé en fonction des besoins des pays.

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

92. Le Secrétariat a informé les participants qu'à la suite des consultations menées avec les acteurs intervenant dans le domaine des urgences/catastrophes, l'élaboration d'un document sur les définitions opérationnelles des urgences et des catastrophes était en cours. Le Directeur régional a accepté la proposition de changer la séquence des points de l'ordre du jour de la soixantième session du Comité régional pour faciliter les discussions sur les épidémies, les urgences et le Fonds africain pour les urgences de santé publique. Il a informé la réunion que le Fonds couvrirait toutes les urgences de santé publique, y compris les urgences provoquées par l'homme et naturelles.

93. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

**CRISE FINANCIÈRE MONDIALE : IMPLICATIONS POUR LE SECTEUR  
DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE**  
(document AFR/RC60/PSC/12)

94. Le document indique que dans le contexte de la crise économique mondiale actuelle, selon le Fonds monétaire international, la production mondiale devrait reculer de 1,4 % en 2009, avant d'amorcer progressivement une reprise en 2010 pour atteindre un taux de croissance de 2,5 %. Le taux de croissance moyen réel du produit intérieur brut (PIB) en Afrique est passé de 5% environ en 2008 à 2,8% en 2009. Dans la Région africaine, le PIB a diminué de US \$94,48 milliards entre 2008 et 2009. En 1997-1998 en Asie et en 2001-2002 en Amérique latine, des crises similaires ont entraîné des coupes dans les dépenses de santé, une baisse des taux d'utilisation des services de santé, ainsi qu'une détérioration de la situation de la nutrition et de la santé infantiles et maternelles ainsi que des indicateurs de santé. Il faudrait donc s'attendre à une diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs en matière de santé au sein de la Région africaine.

95. Les principaux défis que les pays doivent relever comprennent la diminution des dépenses des gouvernements, des ménages et des donateurs par habitant pour la santé; la réduction des dépenses liées à la maintenance, aux médicaments et autres dépenses de fonctionnement; une forte augmentation de la demande des services de santé du secteur public, à mesure que l'utilisation des services de santé privés diminue; la réduction disproportionnée de la consommation des services de santé et de l'alimentation chez les pauvres; l'inefficacité dans l'utilisation des ressources affectées au secteur de la santé; le manque d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé; l'absence de bases factuelles concernant les effets des crises économiques antérieures sur la Région africaine.

96. Les mesures proposées comprennent le suivi des effets sur la santé et des réponses politiques ; l'intensification du plaidoyer interne et externe; le suivi des dépenses de santé supportées à partir des financements intérieurs et extérieurs; l'établissement d'un nouvel ordre de priorité pour les dépenses publiques, en passant des interventions de santé publique à faibles résultats à celles ayant des résultats élevés; l'amélioration de la gestion des ressources financières; l'amélioration de la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments et articles médicaux; l'amélioration de l'interaction entre agents de santé et patients; l'institutionnalisation du suivi de l'efficacité économique au sein des systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire; le renforcement des filets de sécurité sociale; l'accroissement de la participation du secteur privé; et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé de fonds nouveaux et existants, à partir des sources nationales et internationales.

97. Les membres du Sous-comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour le document et ont fait les propositions suivantes: inclure une mesure sur la recherche opérationnelle; se référer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide; indiquer le rôle des Communautés économiques régionales (CER); inclure une mesure sur la planification et la budgétisation fondées sur des bases factuelles à tous les niveaux, et renforcer les capacités des planificateurs; insister sur une meilleure affectation et une meilleure utilisation des ressources disponibles; préciser les mécanismes pour faire passer l'ensemble de l'aide par l'appui budgétaire général.

98. Les membres du Sous-Comité du Programme ont également noté l'absence de référence à la participation financière des usagers et la nécessité de mettre en oeuvre des mécanismes appropriés d'exonération en faveur des groupes les plus vulnérables; de renforcer les capacités des ministères de la santé pour qu'ils puissent dialoguer avec les ministères des finances en vue de mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national; d'inclure d'autres filets de sécurité sociale au-delà des mécanismes de prépaiement, par exemple des transferts directs en espèces; d'exprimer les ressources extérieures pour la santé en pourcentage des dépenses publiques totales de santé; d'encourager les pays à préparer régulièrement des comptes nationaux sur la santé; d'inclure des discussions sur les effets de l'inflation et de la dévaluation de la monnaie et leur incidence sur le secteur; de se référer à d'autres outils pour l'amélioration de l'efficacité, à l'instar des comptes de santé de district et des études sur la charge de la maladie; de travailler avec les commissions nationales de planification du développement et/ou d'autres entités similaires pour plaider en faveur de l'inclusion de la santé parmi les priorités du programme de développement.

99. Le Secrétariat a favorablement accueilli les observations et suggestions des membres du Sous-Comité du Programme et est convenu de les inclure dans le document final. De plus, il a informé les membres du Sous-Comité du Programme des mesures prises dès le début de la crise, notamment l'organisation de réunions de sensibilisation et l'envoi de correspondances aux États Membres, à l'Union africaine et aux CER pour plaider en faveur de la nécessité de sauvegarder le budget du

secteur de la santé et de suivre les effets de la crise financière mondiale sur le secteur. Le Secrétariat a également souligné la nécessité d'une plus grande efficacité économique au sein des ministères de la santé et des gouvernements, et a insisté sur la mise en œuvre de l'engagement pris par les Chefs d'État de consacrer au moins 15 % du budget public à la santé. Le Secrétariat a estimé qu'il est nécessaire de soumettre le document à la conférence conjointe des Ministres des finances et des Ministres de la santé.

100. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

### **DOCUMENT-CADRE DU FONDS AFRICAIN POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE** (document AFR/RC60/PSC/13)

101. Le document rappelle que, conscient de ce que les États Membres de la Région africaine ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux épidémies et autres urgences de santé publique, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, lors de sa cinquante-neuvième session, la résolution AFR/RC59/R5 intitulée «Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle», qui prie le Directeur régional de faciliter la création d'un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les investigations et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique. Le document présente le cadre de création de ce Fonds.

102. Le document indique que la principale justification pour la création du Fonds est le manque de ressources suffisantes pour faire face aux fréquentes épidémies et urgences de santé publique dans la Région africaine. Il a été proposé que l'appellation du Fonds soit la suivante : «Fonds africain pour les urgences de santé publique (APHEF)». Le document indique également que le Fond a été créé en tant qu'initiative intergouvernementale régionale visant à mobiliser des ressources supplémentaires pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Le Fond viendra compléter les efforts actuels des gouvernements et des partenaires et renforcera la solidarité entre les États Membres, face aux urgences de santé publique.

103. Le Fonds sera financé aussi bien à partir des contributions minimales convenues que des contributions volontaires des États Membres, conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS. Les contributions annuelles minimales des États Membres ont été fixées en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB) de chaque pays par rapport au PIB total des pays de la Région africaine. Au total, les contributions annuelles proposées au Fond s'élèveront à US \$100 million. Les contributions minimales pour chaque État Membre sont indiquées dans le document. L'OMS sera chargée des décaissements du Fonds et de l'établissement de rapport sur l'utilisation des ressources du Fonds, par le biais de ses mécanismes financiers. La Banque africaine de Développement (BAD) sera l'agent financier du Fonds, et un fonds de roulement ne dépassant pas US \$20 millions sera créé au Bureau régional de l'OMS. La BAD procédera à la reconstitution du fonds de roulement, sur la base de critères et procédures convenus.

104. Le document-cadre propose que les structures fondamentales du Fonds soient les suivantes: un comité consultatif rotatif, un groupe de revue technique et un Secrétariat de l'APHEF. Le comité consultatif rotatif composé du Directeur régional, de trois ministres de la santé et d'un représentant de la BAD, aura pour mandat de donner les conseils nécessaires et de prendre des décisions

concernant les orientations stratégiques du Fonds. Le groupe de revue technique comprenant des experts de l'OMS examinera les propositions et les demandes en fonction de critères techniques et soumettra des recommandations de financement à l'approbation du Directeur régional de l'OMS. Le Secrétariat de l'APHEF, qui sera basé au Bureau régional, administrera le Fonds.

105. Pour garantir la responsabilité, le Fonds utilisera les systèmes administratifs internes (mécanismes, règles et procédures) et les systèmes de gestion financière de l'OMS pour la réception et le décaissement, ainsi que pour les comptes rendus, la vérification et les rapports sur l'utilisation des fonds. Tous les ans, un rapport financier et technique certifié sur les opérations du Fonds sera présenté à la réunion du Comité régional.

106. Dans son intervention, le Directeur régional a rappelé que le Comité régional lui avait demandé, entre autres, de préparer des arguments justifiant la création du Fonds, ainsi que ses termes de référence, y compris l'utilisation des systèmes de gestion financière de l'OMS; de proposer aux États Membres la contribution minimale à verser au Fonds; et de créer un comité consultatif rotatif qui conseillerait le Directeur régional sur l'utilisation des fonds. Il a rappelé au Sous-Comité du Programme qu'aux termes de l'article 50 de la Constitution de l'OMS, le Comité régional peut recommander l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements si la part du budget central est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions du Secrétariat. Il a recommandé que le Sous-Comité du Programme soit guidé par ces dispositions et a proposé les contributions minimales à verser au Fonds par les gouvernements des pays.

107. Les membres du Sous-Comité du Programme ont souligné l'importance de la mise en place du Fonds africain pour les urgences de santé publique et la nécessité de définir des mécanismes pour son décaissement rapide. Des discussions approfondies ont été tenues en ce qui concerne la justification du Fonds, son objectif, sa portée et son financement. Les membres du Sous-Comité du Programme ont mis l'accent sur l'importance des recommandations par la résolution priant le Directeur régional de faciliter la création du Fonds et ont fait remarquer que la résolution était suffisamment claire pour parvenir à un consensus sur le Fonds. Des éclaircissements ont été demandés en ce qui concerne qui pourrait introduire une demande de fonds, les critères d'évaluation des contributions, notamment l'emploi du PIB ou du PIB par habitant ou la classification des pays en pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu. Des éclaircissements ont été également demandés au sujet de l'Annexe 1 intitulée «Maladies à potentiel épidémique et pandémique de portée internationale et autres catastrophes majeures de santé publique».

108. Il a été recommandé que la source initiale de financement soit fournie par les gouvernements des pays et que le plafond du financement soit basé sur les expériences passées relatives aux niveaux de dépenses à l'occasion d'épidémies et de catastrophes. L'accent a été mis sur le fait que la participation de la Banque africaine de Développement renforcerait la gestion et la crédibilité du Fonds. À cet égard, il a été préconisé qu'une seule option soit recommandée aux ministres de la santé.

109. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document, notamment la composition et le mandat du Comité consultatif rotatif. Ils ont demandé au Secrétariat de supprimer l'Annexe 1 et de réviser le document en tenant compte des préoccupations sus-mentionnées. Ils ont également recommandé l'inclusion du mot «solidarité» dans le document pour souligner l'appui que les États Membres s'accorderaient

mutuellement et y rajouter clairement qu'il est nécessaire que le Secrétariat fasse rapport tous les ans au Comité régional.

110. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional. Il a recommandé une certaine flexibilité concernant la reconstitution annuelle des ressources et les contributions individuelles de certains États Membres qui pourraient éprouver des difficultés à contribuer effectivement au Fonds.

**SITUATION ACTUELLE DE LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE ET DE L'ÉRADICATION DE LA POLIO DANS LA RÉGION AFRICAINE : DÉFIS ET RECOMMANDATIONS** (document AFR/RC60/PSC/14)

111. Le document note que la vaccination est une intervention de santé publique efficace qui empêche 2 à 3 millions de décès par an chez les enfants et peut substantiellement contribuer à l'atteinte de l'OMD 4. La mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD), y compris d'autres stratégies novatrices telles que l'intensification périodique des activités de vaccination systématique, les journées de la santé de l'enfant et les journées de vaccination Plus, ont contribué à améliorer la couverture. Toutefois, les taux de couverture font ressortir des disparités entre pays. Selon les estimations, 4,2 millions d'enfants dans la Région africaine n'ont pas reçu le vaccin DTC3 en 2009, contre 5,2 millions en 2008. En outre, la réduction spectaculaire du nombre de décès dus à la rougeole a été compromise par la couverture insuffisante de la vaccination systématique au niveau de district dans plusieurs pays, résultant en des flambées de rougeole en 2010.

112. Il a été rappelé qu'en 2004, la transmission autochtone du poliovirus sauvage a été interrompue dans 45 des 46 pays de la Région, le Nigeria restant l'unique pays d'endémie. Toutefois, en 2006, huit États Membres ont été touchés par des flambées de polio, alors qu'en 2009, 18 pays ont connu des importations, à la suite de la propagation du poliovirus sauvage des derniers réservoirs de polio vers les États Membres antérieurement libérés de la polio, du fait de l'insuffisance de la couverture de la vaccination systématique et de l'inadéquation des activités de vaccination supplémentaires (AVS), qui se traduisent par la faiblesse de l'immunité de la population. À la fin d'avril 2010, neuf pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale avaient notifié 40 cas de polio, contre 306 cas dans 12 pays durant la même période en 2009.

113. Les principaux défis que les pays doivent relever concernent l'inadéquation de la politique et de la planification de la vaccination; les faiblesses dans la planification et les stratégies au niveau du district; l'insuffisance du financement; l'inadéquation des infrastructures; l'insuffisance de la participation et de l'appropriation communautaires; la faible couverture des services de vaccination; l'inefficacité des systèmes de suivi et évaluation, avec comme conséquence la production d'une couverture vaccinale administrative inexacte et des prévisions incorrectes pour l'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection; l'insuffisance de la surveillance des maladies évitables par la vaccination; et les limites de la recherche sur la vaccination au sein de la Région.

114. Les recommandations faites dans le document comprennent l'intégration de la vaccination dans la politique nationale de santé; le renforcement des systèmes de santé; l'augmentation du financement de la vaccination; la promotion du partenariat pour la vaccination; l'amélioration de l'accès aux nouveaux vaccins; le renforcement des capacités en termes d'institutions, de ressources humaines et de gestion; la promotion de la prise de conscience, de la participation et de l'appropriation à l'échelle communautaire; le renforcement du suivi et de l'évaluation; le renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination; le renforcement de la

recherche sur la vaccination; et l'institutionnalisation d'une semaine africaine de la vaccination, à célébrer chaque année.

115. Le Sous-Comité du Programme a félicité le Secrétariat pour la pertinence du sujet et la qualité du document. Il a adopté les recommandations faites et exprimé sa satisfaction quant à l'appui que reçoivent les pays de la part de l'OMS afin d'améliorer la situation de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région.

116. Les membres du Sous-comité du Programme ont procédé au partage des expériences individuelles de leurs pays dans la vaccination systématique et l'éradication de la polio. Ils ont fait observer qu'en dépit des progrès réalisés dans l'amélioration de la couverture de la vaccination systématique en 2009, les capacités des pays à mobiliser des fonds pour appuyer les activités de vaccination étaient encore limitées. La nécessité de ressources additionnelles pour déployer le «tout dernier effort» et élargir la couverture vaccinale, en portant de 85 % à 90 % et au-delà, sans doute moyennant une augmentation marginale des coûts, devrait être fortement soulignée. Un intense plaidoyer devrait être entrepris pour amener les États Membres à effectuer les investissements financiers supplémentaires et les autres investissements nécessaires.

117. Le Sous-Comité du Programme a estimé que les pays devraient mettre en œuvre avec prudence la réglementation relative à l'exigence de présentation des carnets de vaccination à l'école afin d'éviter les effets négatifs de la non-scolarisation dans le primaire. Toutefois, l'accent devrait encore être mis sur l'application effective de la stratégie ACD pour améliorer la couverture vaccinale.

118. La question de l'exactitude des dénominateurs a également été abordée, et les membres sont convenus que les pays devraient renforcer leurs systèmes d'enregistrement des données d'état civil pour s'assurer que toutes les naissances sont enregistrées. L'application appropriée de l'approche du dénombrement des habitants au cours des campagnes de vaccination, tout en améliorant les systèmes d'enregistrement des données d'état civil, peut aussi fournir des dénominateurs plus fiables. Pour ce qui est de la recherche, il a été noté que les essais de vaccins devraient faire l'objet d'un examen minutieux pour garantir le respect de toutes les considérations éthiques.

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

120. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme pour avoir fait sien le document et pour les suggestions constructives faites pour l'améliorer. Le Directeur régional a fait observer que la vaccination est une intervention de santé publique d'un bon rapport coût/efficacité, qui pourrait faire la différence dans la situation sanitaire des enfants. Il a avancé l'idée d'explorer, avec les États Membres, la possibilité de produire localement des vaccins dans la Région africaine, dans la mesure où l'on aurait continuellement besoin de vaccins. Des efforts plus soutenus devraient être déployés pour s'assurer que les pays allouent les ressources requises pour les vaccins et la vaccination.

121. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la soixantième session du Comité régional, pour examen et adoption.

**SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL :**  
**PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE** (document AFR/RC60/1)

122. Les membres du Sous-Comité du Programme en échangeant les expériences des pays sont convenus de soumettre l'ordre du jour provisoire amendé de la soixantième session du Comité régional (dont ci-joint copie à l'Annexe ...) à la soixantième session du Comité régional qui se tiendra du 30 août au 3 septembre 2010 à Malabo, en Guinée Équatoriale.

**ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME**  
(document AFR/RC60/PSC/15)

123. Après avoir examiné le rapport, procédé à des débats et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport, tel qu'amendé, qui sera soumis au Comité régional à sa soixantième session en août 2010.

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

124. Le Sous-Comité du Programme a décidé que le Président ou le Vice-Président présenterait le rapport de sa réunion au Comité régional.

**CLÔTURE DE LA RÉUNION**

125. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur coopération et leur participation active aux travaux, qui ont contribué au succès de la réunion. Il a également remercié le Directeur régional et le Secrétariat pour les documents techniques et la facilitation générale des travaux du Sous-Comité.

126. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, du Lesotho, de Madagascar et du Malawi, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité du Programme et a indiqué qu'ils seront remplacés par l'Afrique du Sud, le Kenya, le Mali, la Mauritanie, le Niger et les Seychelles.

127. Dans son mot de clôture, le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour la qualité des délibérations et les excellentes contributions apportées aux documents techniques. Il a également remercié le Secrétariat et les interprètes pour leur contribution au succès de la réunion du Sous-Comité du Programme.

128. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.



**ANNEXE 1**

**LISTE DES PARTICIPANTS**

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE  
DU CONGO**

Dr Mapatano Mala Ali  
Directeur adjoint du Cabinet  
du Ministre de la Santé

**GUINÉE ÉQUATORIALE**

Mme Pilar Djombe Djangani  
Conseillère Présidentielle en  
Matière d'Assistance Sanitaire

**ÉRYTHRÉE**

Mr Berhane Ghebretinsae  
Director General of the Department  
of Health Services

**ÉTHIOPIE**

Mr Woldemariam Hirpa Irkon  
Director, Policy and Planning

**GABON**

Dr Médard Toung Mve  
Directeur du Programme national de lutte  
contre la Tuberculose

**GAMBIE**

Mr Alhaji Omar Taal  
Deputy Permanent Secretary

**GHANA**

Dr Frank Kwadjo Nyonator  
Director, Policy Planning,  
Monitoring and Evaluation Division

**GUINÉE**

Pr Mamadou Diouldé Baldé  
Conseiller chargé de mission

**GUINÉE-BISSAU**

Dr Amabélia de Jesus Pereira Rodrigues  
Président de l'Institut national de Santé  
publique

**LESOTHO**

Dr Lugemba Budiaki  
Director, Primary Health Care

**LIBERIA**

Dr Moses Giodo-Yambe Pewu  
Assistant Minister for curative Services

**MADAGASCAR**

Dr Tafangy Philemon Bernard  
Directeur général de la Santé

**MALAWI**

Dr Storn Binton Kabulzi  
Director of Preventive Health Services

**MAURICE**

Dr Anil Deelchand  
Acting Director Health Services (PHC)

**MOZAMBIQUE**

Dr Mouzinho Saide  
National Director for Public Health

**NAMIBIE**

Dr Norbert Paul Forster  
Deputy Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Services

**MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF**

**SEYCHELLES**

Dr Andre Bernard Valentin  
Special Advisor of Health to the Minister

## ANNEXE 2

### ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC60/PSC/1)
4. Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/3)
5. Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/PSC/4)
6. Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/PSC/5)
7. Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/PSC/6)
8. Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/PSC/7)
9. Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/PSC/8)
10. Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, préparation et riposte (document AFR/RC60/PSC/9)
11. Tuberculose à bacilles multirésistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/PSC/10)
12. Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/PSC/11)
13. Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/12)
14. Document-cadre du Fonds africain pour les urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC/13)
15. Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : défis et recommandations (document AFR/RC60/PSC/14)
16. Examen des projets de résolutions
17. Soixantième session du Comité régional : projet d'ordre du jour provisoire
18. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC60/PSC/15)
19. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
20. Clôture de la réunion.

## PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISOIRE

### 1<sup>er</sup> JOUR : MARDI 8 JUIN 2010

8h30 - 9 h00	<i>Inscription des participants</i>	
9h00 - 9h 45	<b>Point 1 de l'ordre du jour</b>	Cérémonie d'ouverture
9h45 - 10 h00	<b>Point 2 de l'ordre du jour</b>	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h00 – 10h40	<i>(Photo de famille+ pause-café)</i>	
10h40 - 11h00	<b>Point 3 de l'ordre du jour</b>	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC60/PSC/1)
11h00 - 12h30	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 15h30	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/PSC/4)
15h30 – 16h00	<i>Pause-café</i>	
16h00 -17h30	<b>Point 6 de l'ordre du jour</b>	Solutions en matière de cyber-santé dans la Région africaine : Contexte actuel et perspectives (document AFR/RC60/PSC/5)
17h30	<b>Fin des travaux du 1<sup>er</sup> jour</b>	
18h00	<i>Réception offerte par le Directeur régional</i>	

**2ème JOUR: MERCREDI 9 JUIN 2010**

8h30 – 10h00	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b>	Renforcement des systèmes de santé : Amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires (document AFR/RC60/PSC/7)
10h00 – 10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30 - 12h00	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b>	Drépanocytose : Une stratégie pour Région africaine de l'OMS (document AFR/RC60/PSC/8)
12h00 – 13h30	<i>Pause- déjeuner</i>	
13h30 – 15h00	<b>Point 10 de l'ordre du jour</b>	Épidémies récurrentes dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation, prépa-ration et riposte (document AFR/RC60/PSC/9)
15h00 - 15h30	<i>Pause-café</i>	
15h30 – 17h00	<b>Point 11 de l'ordre du jour</b>	Tuberculose à bacilles multi-résistants et tuberculose à bacilles ultrarésistants dans la Région africaine : Analyse de la situation, enjeux et perspectives (document AFR/RC60/PSC/10)
17h00 – 18h30	<b>Point 12 de l'ordre du jour</b>	Préparation et riposte aux situations d'urgence dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC60/PSC/11)
18h30	<b>Fin des travaux du 2<sup>ème</sup> jour</b>	

**3ème JOUR: JEUDI 10 JUIN 2010**

8h00 – 10h30	<b>Point 13 de l'ordre du jour (suite)</b>	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC13)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 11h45		Crise financière mondiale : Implications pour le secteur de la santé dans la Région africaine (document AFR/RC60/PSC/12)

11h45 –12h30		Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : Enjeux, défis et mesures proposées (document AFR/RC60/PSC14)
12h30 –16h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
16h00-	<b>Point 14 de l'ordre (suite)</b>	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC13)
	<b>Point 7 de l'ordre du jour (suite)</b>	Cancer du col de l'utérus dans la Région africaine : Analyse de la situation et perspectives (document AFR/RC60/PSC/6)
	<b>Point 16 de l'ordre du jour</b>	Examen des projets de résolutions
	<b>Point 17 de l'ordre du jour</b>	Soixantième session du Comité Régional : projet d'ordre du jour provisoire
	<b>Fin des travaux du 3<sup>ème</sup> jour</b>	
<b>4<sup>ème</sup> JOUR: VENDREDI 11 JUIN 2010</b>		
<b>8h30- 12h00</b>	<b>Point 16 de l'ordre du jour (suite)</b>	Examen des projets de résolutions
	<b>Point 14 de l'ordre du jour (suite)</b>	Document cadre pour le Fonds africain des urgences de santé publique (document AFR/RC60/PSC/13)
	<b>Point 18 de l'ordre du jour</b>	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme, y compris les projets de résolutions (document AFR/RC60/PSC/15)
	<b>Point 19 de l'ordre du jour</b>	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	<b>Point 20 de l'ordre du jour</b>	<b>Clôture de la réunion</b>