



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-sixième session
Brazzaville, Congo, 6–9 juin 2006

SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

Point 8 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

SOMMAIRE

	Paragraphes
OUVERTURE DE LA RÉUNION	1 – 11
PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION 2006-2009 (document AFR/RC56/PSC/3)...	12 – 23
SURVIE DE L'ENFANT : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINNE (document AFR/RC56/PSC/9)	24 – 35
PRÉVENTION DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE : STRATÉGIE D'INTENSIFICATION ET D'ACCÉLÉRATION (document AFR/RC56/PSC/4)	36 – 45
PAUVRETÉ, COMMERCE ET SANTÉ : UN PROBLÈME DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ÉMERGENT (document AFR/RC56/PSC/5)	46 – 55
FINANCEMENT DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC56/PSC/6)	56 – 67
AUTORITÉS DE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC55/PSC/7)	68 – 76
REVITALISER LES SERVICES DE SANTÉ PAR L'APPROCHE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (document AFR/RC56/PSC/8)	77 – 87

GRIPPE AVIAIRE : PRÉPARATION ET RIPOSTE CONTRE LA MENACE D'UNE PANDÉMIE (document AFR/RC56/11)	88 – 99
RECHERCHE EN SANTÉ : PROGRAMME D'ACTION DE LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC56/10)	100–108
GESTION DES CONNAISSANCES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS : ORIENTATIONS STRATEGIQUES (document AFR/RC56/12)	109– 118
LA DRÉPANOCYTOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC56/13)	119– 126
QUESTIONS DIVERSES	127– 131
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC56/PSC/14)	132
ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL	133 - 134
CLÔTURE DE LA RÉUNION	135 - 140

ANNEXES

	Page
1. Liste des participants	35
2. Ordre du jour	37
3. Programme de travail	38

PROJETS DE RÉOLUTIONS

AFR/RC56/PSC/WP/1	Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination
AFR/RC56/PSC/WP/2	Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération
AFR/RC56/PSC/WP/3	Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC56/PSC/WP/4	Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine

AFR/RC56/PSC/WP/5 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine

AFR/RC56/PSC/WP/6 Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie

AFR/RC56/PSC/WP/7 Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo), du 6 au 9 juin 2006.
2. Le Dr Luis Gomes Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP) et au membre africain du Conseil exécutif de l'OMS.
3. Le Directeur régional a ensuite invité les participants à la réunion à observer une minute de silence en mémoire du regretté Directeur général de l'OMS, le Dr Lee Jong Wook, décédé le 22 mai 2006. Il a également informé les membres que le processus d'élection du nouveau Directeur général avait déjà commencé, et le nouveau Directeur général devrait être élu le 9 novembre 2006.
4. Le Directeur régional a ensuite rappelé aux membres du Sous-Comité du Programme l'importance de leurs fonctions dans la préparation des délibérations du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a souligné trois principales fonctions du SCP, à savoir : examiner les priorités régionales et les stratégies en matière de santé pour s'assurer qu'elles sont pertinentes par rapport aux priorités régionales et des pays; examiner les questions de gestion et proposer les voies et moyens de les améliorer; et conseiller le Directeur régional sur les questions importantes de santé publique dans la Région. Après avoir reconnu l'importance des points inscrits à l'ordre du jour, ainsi que l'expertise et l'expérience des membres du Sous-Comité du Programme, il a souhaité plein succès aux travaux du SCP.
5. À l'issue de la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et des Directeurs des Divisions du Bureau régional, le bureau de la réunion a été constitué ainsi qu'il suit :

Président :	Dr Shehu Sule (Nigeria)
Vice-président :	Dr Potougnima Tchamdja (Togo)
Rapporteurs :	Dr Jose Manuel Jesus Alves De Sousa Carvalho (Sao Tome & Principe) Dr Babacar Dramé (Sénégal) Dr Prince Albert T. Roberts (Sierra Leone)
6. La liste des participants figure à l'Annexe 1.
7. Le Président, au nom de son pays, a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance placée en lui et a souligné le caractère opportun des sujets à débattre. Il a indiqué que la faiblesse des systèmes de santé constituait un défi majeur de santé publique, et a souligné la nécessité de renforcer, de suivre et d'évaluer les programmes.
8. L'ordre du jour (Annexe 2) et le programme de travail (Annexe 3) ont été examinés, et il a été proposé que le point 13 (Gestion des connaissances) devienne le point 12, immédiatement après le point 11 sur la recherche en santé. Cette proposition a été acceptée.
9. Il a également été proposé d'ajouter à l'ordre du jour deux points supplémentaires portant sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS (2008–2013) et sur les maladies non

transmissibles. La clarification suivante a été apportée : étant donné que l'élaboration du Plan stratégique à moyen terme est en cours au niveau mondial, le document ne peut donc être examiné par le Sous-Comité du Programme. Néanmoins, il a été décidé de distribuer le document aux membres du SCP, pour information. La version finale sera mise à la disposition des membres avant la cinquante-sixième session du Comité régional, afin de recueillir leurs commentaires.

10. Tout en reconnaissant l'importance des maladies non transmissibles, le Secrétariat a informé les membres que l'ordre du jour comprenait déjà un point sur la drépanocytose, et que la précédente session du Comité régional avait discuté des maladies cardiovasculaires. Il est également prévu de débattre du diabète mellitus au cours de la cinquante-septième session du Comité régional.

11. L'ordre du jour a été adopté avec les amendements mentionnés ci-dessus. L'horaire de travail suivant a ensuite été adopté :

9 h 00 – 12 h 30 : y compris une pause-café de 30 minutes;

12 h 30 – 14 h 00 : pause déjeuner;

14 h 00 – 17 h 00.

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION 2006 – 2009 (document AFR/RC56/PSC/3)

12. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le plan stratégique régional pour le programme élargi de vaccination. Ce plan comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les objectifs, les cibles, les principes directeurs, les interventions prioritaires, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, et la conclusion.

13. Le document souligne que les maladies évitables par la vaccination représentent toujours une charge élevée de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles dans la Région africaine. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la stratégie intitulée «la vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006–2015». Le Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009 vise à améliorer la performance des programmes nationaux du PEV, à renforcer les systèmes de santé nationaux et à contribuer à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4.

14. La couverture régionale de la vaccination antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheuse (DTC3) est passée de 54 % en 1995 à 69 % en 2005. Concernant la poliomyélite, un seul pays de la Région demeure endémique. La mortalité due à la rougeole a en 2005 baissé d'environ 60 % par rapport à 1999, et 16 pays ont réussi à éliminer le tétanos maternel et néonatal. Le nombre de pays de la Région africaine ayant intégré la vaccination anti-marielle à leurs programmes de vaccination systématique est passé à 23. Huit pays seulement ont introduit le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* de type b dans leurs programmes. En dépit des progrès réalisés, environ 8 millions d'enfants africains n'avaient pas reçu tous les vaccins à la fin de 2004.

15. L'objectif général du plan stratégique du PEV est de prévenir la mortalité, la morbidité et l'invalidité dues aux maladies évitables par la vaccination. Les objectifs spécifiques sont

les suivants : renforcer les programmes de vaccination centrés sur le district, afin d'améliorer l'accès et le recours aux services de vaccination; accélérer les efforts d'éradication de la poliomyélite, de maîtrise de la rougeole, d'élimination du tétanos maternel et néonatal et de lutte contre la fièvre jaune; promouvoir des innovations, notamment en matière de recherche sur les vaccins et d'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés; améliorer la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections; systématiser l'accès à des services intégrés et maximiser les avantages pour les mères et les enfants participants aux séances de vaccination.

16. Le plan stratégique fixe les neuf cibles suivantes : au moins 80 % des pays atteindront un taux de couverture de 90 % par le DTC3 au niveau national; au moins 80 % des pays atteindront un taux de couverture de 80 % par le DTC3 dans tous les districts; il ne circulera aucun poliovirus sauvage associé à la paralysie flasque aiguë; la mortalité due à la rougeole devrait baisser d'au moins 90 %; au moins 80 % des pays auront éliminé le tétanos maternel et néonatal; dans tous les pays exposés au risque, la vaccination antiamarile systématique aura atteint un taux de couverture d'au moins 80 %, tous les pays auront intégré le vaccin contre l'hépatite B à leurs programmes nationaux de vaccination; tous les pays auront adopté des seringues autobloquantes ou des techniques d'injection tout aussi sûres; au moins 80 % des pays auront associé à la vaccination d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant.

17. Pour atteindre les cibles susmentionnées et maintenir durablement les acquis, les pays doivent mettre en œuvre les interventions prioritaires suivantes : optimiser l'accès à la vaccination par l'approche axée sur la couverture de la totalité des districts (RED); renforcer les capacités nécessaires et améliorer la participation communautaire; introduire des activités de vaccination complémentaires; mettre en place des politiques fondées sur des bases factuelles pour guider l'introduction des vaccins dans le cadre du PEV; garantir la sécurité des vaccins, de la vaccination et des injections; intégrer le PEV aux autres interventions en faveur de la survie de l'enfant.

18. Les rôles et les responsabilités des pays comprennent : l'élaboration de plans complets et pluriannuels pour le PEV; la promotion de la collaboration et des partenariats multisectoriels, la promotion de la formation, du recrutement et de la fidélisation des personnels de santé; la fourniture des ressources financières nécessaires pour la vaccination; la révision et la mise à jour des politiques et lignes directrices nationales du PEV. L'OMS et les partenaires soutiendront les pays en menant le plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires internationaux; en fournissant l'appui technique, financier et matériel nécessaire pour les activités prioritaires; et en renforçant la coordination et les partenariats.

19. En dépit des récents progrès que les pays de la Région africaine ont réalisés dans le cadre du PEV, bon nombre d'enfants n'ont reçu qu'une partie des vaccins ou n'en ont pas reçu du tout. La Région africaine doit faire davantage de progrès pour atteindre les cibles mondiales et régionales.

20. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les observations générales suivantes pour améliorer le contenu du document :

- a) il est nécessaire d'ajouter une brève section consacrée au financement du plan stratégique, en recommandant vivement que les gouvernements prennent progressivement en charge le financement du PEV pour en garantir la viabilité;
- b) dans la version portugaise, DTT3 doit être remplacé par DPT3 dans tout le document;
- c) il est nécessaire de souligner l'importance de la participation communautaire à la planification au niveau du district. En conséquence, le document doit souligner la nécessité de faire campagne en faveur de l'intensification à une plus grande échelle de l'approche axée sur la couverture de la totalité des districts;
- d) Le PEV doit compléter la stratégie de la survie de l'enfant par une approche intégrée.

21. Le Sous-Comité a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans le résumé d'orientation, il est nécessaire de mettre en évidence les contraintes sectorielles associées aux questions politiques et financières, aux infrastructures et à l'équipement. En outre, il est indispensable de mettre en place / renforcer le système de suivi et d'évaluation, la gestion et la fidélisation des ressources humaines pour la santé;
- b) dans la version française, on devrait lire pour la période mentionnée au paragraphe 3 : «2006-2009»;
- c) dans l'analyse de la situation : i) préciser les leçons tirées de la mise en œuvre du précédent plan stratégique pour le PEV; ii) tenir compte du fait que la durabilité des acquis du PEV dépend de facteurs culturels et d'une participation communautaire active; iii) dans la version française, au paragraphe 6, supprimer «*d'entre eux*» et remplacer par « *est passé d'un seul pays en 2000 à 37 en 2004* »; iv) au paragraphe 4, mettre en lumière les disparités entre les pays et à l'intérieur des pays; v) au paragraphe 5, séparer les aspects épidémiologiques des nouveaux vaccins et enrichir ce paragraphe par l'inclusion de données épidémiologiques pour d'autres maladies évitables par la vaccination;
- d) dans Objectifs, mentionner la nécessité de renforcer la surveillance basée sur les cas comme moyen de suivi; ii) dans la version portugaise, paragraphe 1, après les mots «*tendo havido*» remplacer le terme «*quebra*» par «*redução*»; iii) ajouter un nouvel objectif comme suit : «f) aider les pays à maintenir le niveau de couverture vaccinale atteint»; iv) au point 10 d), séparer la « gestion des vaccins » de la « sécurité des vaccinations », et mettre l'action sur la gestion des vaccins; (v) il importe qu'il y ait une cohérence entre l'objectif 10 e) et l'analyse de la situation;
- e) dans Cibles : i) ajouter une cible pour *l'Haemophilus influenzae*; ii) au paragraphe 11 d), indiquer la situation de la mortalité en 1999; iii) au paragraphe 11 i), il faut être plus précis pour ce qui est des autres interventions en faveur de la survie de l'enfant;

- f) dans Interventions prioritaires : i) au paragraphe 18, insérer l'expression «évitable par vaccination» après l'expression « l'action menée contre la maladie»; ii) dans la version portugaise, au paragraphe 20, après le terme «gestao» remplacer le mot «vicinal» par «de vacina», et à la seconde ligne, remplacer le mot «das» par «de» après «desenvolvimento»; iii) au paragraphe 21, ajouter la contribution du secteur privé à l'extension de la couverture vaccinale;
- g) dans Rôles et responsabilités : i) au paragraphe 22 d), remplacer les termes «fournissent des» par «accroissent les»; ii) au paragraphe 23, ajouter d) continuer d'assurer l'impulsion et l'administration générale en ce qui concerne le PEV (notamment, l'OMS), et «e) maintenir la couverture atteinte par le PEV»;
- h) dans Surveillance et évaluation, ajuster la durée des évaluations à 2 ans. Il est nécessaire d'ajouter des indicateurs ayant trait à l'intégration du PEV aux autres programmes prioritaires.

22. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour enrichir et mettre en forme définitive le document dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Le Directeur régional a souligné la pertinence des contributions des membres du Sous-Comité du Programme et a mis l'accent sur la nécessité de mentionner les leçons apprises dans l'analyse de la situation et d'ajouter une section sur le financement du plan stratégique. Il a précisé que les objectifs et les cibles mentionnés dans le document se rapportent aux États Membres et que le rôle de l'OMS est de fournir un appui. Il a souligné que le gouvernement devrait jouer un grand rôle dans la fourniture de vaccins. Il a admis que l'harmonisation des programmes prioritaires au niveau local était d'une importance fondamentale.

23. Le Sous-Comité a recommandé le document avec les amendements et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/1) sur le sujet, à soumettre au Comité régional pour adoption.

SURVIE DE L'ENFANT : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC56/PSC/9)

24. Le Dr Tigest Ketsela, du Secrétariat, a présenté le document sur la stratégie régionale de la survie de l'enfant. Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, la stratégie régionale (objectifs, principes directeurs, approches stratégiques, interventions prioritaires, cadre de mise en œuvre, rôles et responsabilités, suivi et évaluation), et la conclusion.

25. Le document définit la survie de l'enfant et passe en revue la charge de morbidité et de mortalité chez les moins de cinq; les conventions et les traités internationaux relatifs au droit inhérent de l'enfant à la vie; les Objectifs du Millénaire pour le Développement (en particulier les objectifs 1, 4 et 5); l'existence d'interventions efficaces; et les chartes, stratégies et déclarations régionales.

26. Au cours de la décennie 1990-2000, le taux de mortalité infantile a baissé de 6 % dans la Région africaine. Les maladies infectieuses étaient les principales causes de cette mortalité. La pauvreté, la situation socioéconomique, les facteurs culturels et la malnutrition ont également joué un rôle majeur dans la morbidité et la mortalité infantiles. Il existe actuellement des interventions efficaces pour réduire la charge de morbidité; la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est l'une des principales stratégies efficaces de prestation de ces interventions. Cette stratégie doit être mise en œuvre toute la durée du cycle de vie.

27. L'objectif de la stratégie de la survie de l'enfant est de réduire la mortalité néonatale et infantile conformément à l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 4, en faisant en sorte qu'un ensemble déterminé d'interventions efficaces permette d'atteindre des taux de couverture élevés. Le document propose un certain nombre d'approches stratégiques : plaider pour l'harmonisation des objectifs et des programmes d'action en faveur de la survie de l'enfant; renforcement des systèmes de santé; responsabilisation des familles et des communautés; organisation de partenariats opérationnels pour mettre en œuvre des interventions prometteuses, sous la conduite du gouvernement, et mobilisation des ressources.

28. Les interventions prioritaires proposées comprennent les soins au nouveau-né; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'apport en nutriments et le déparasitage; la prévention et le traitement rapide du paludisme; la vaccination; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la prise en charge des maladies courantes de l'enfant; et le traitement de l'enfant exposé au VIH ou infecté par ce virus. Le document fournit également un cadre de mise en œuvre.

29. Afin de mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées, les pays devront élaborer des politiques et des stratégies, mais également renforcer leurs capacités, y compris dans le domaine de la mobilisation sociale. L'OMS et les autres partenaires devront pour leur part soutenir les efforts des pays par le plaidoyer, l'appui technique et la coordination.

30. La stratégie de la survie de l'enfant repose sur une approche globale de la survie, de la croissance et du développement de l'enfant pour la vie durant. Etant donné que les enfants représentent l'avenir de l'Afrique, il est urgent et nécessaire de faire preuve d'un ferme engagement dans l'établissement des priorités et l'accélération de la mise en œuvre des interventions efficaces disponibles, en veillant à ce que les taux de couverture soient élevés.

31. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration de ce document bien structuré. Ils ont fait les observations générales suivantes pour améliorer le document :

- a) bien que la pauvreté et les autres déterminants sociaux soient mentionnés dans le document, il est plus indiqué de mettre davantage l'accent sur la pauvreté, l'éducation et la famine;
- b) le continuum des soins et l'intégration des services de santé maternelle et infantile sont importants pour garantir l'efficacité et l'efficience des services;

- c) il est important d'aborder la question de la structure organisationnelle des ministères de la santé et des systèmes de prestation des services de santé, afin de promouvoir l'intégration et le continuum des soins.

32. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'introduction, au paragraphe 7, mentionner également la réunion sur la survie de l'enfant, tenue en décembre 2005 à Londres;
- b) dans la Stratégie régionale : i) Objectif, remplacer « réduire » par « accélérer la réduction de »; ii) Principes directeurs, paragraphe 21 f), inclure une phrase indiquant que les partenariats peuvent contribuer à la pérennisation des interventions; iii) dans Approches stratégiques 22 c), penser aussi à inclure la prévention du VIH, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de la salubrité, en tant que composantes de la PCIME au niveau communautaire; au paragraphe 22 e), ajouter une phrase sur l'utilisation intégrée des ressources pour la survie de l'enfant; iv) dans Paquet de services essentiels, au paragraphe 27, considérer la vaccination comme point de départ des soins postnatals; v) dans Cadre de mise en œuvre, version française, paragraphe 30 b), remplacer *accoucheuses et accoucheur* par *sages-femmes ou maïeuticiens*, et ajouter *agents de santé communautaire*; au paragraphe 31 b) inclure les soins obstétricaux d'urgence en tant que partie intégrante du paquet élargi; le paragraphe 31 de la version portugaise devra être révisé pour rendre fidèlement le texte original;
- c) dans les Rôles et responsabilités : au paragraphe 33, voir s'il faut inclure l'échange d'expériences entre pays; au paragraphe 33 a) ajouter « intensification des interventions à une plus grande échelle » à la fin; aux paragraphes 33 e) et 34 d), examiner la possibilité d'omettre « opérationnel »;
- d) dans le Suivi et l'évaluation, au paragraphe 35, voir si l'on peut fixer une périodicité pour les évaluations (par exemple, tous les deux ans).

33. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et leurs suggestions qui serviront à finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Il leur a donné l'assurance que les amendements proposés seront pris en considération. Une clarification a également été donnée sur le titre du document. Il a été limité à la survie de l'enfant parce que le document concerne la mortalité de l'enfant; et ceci avait également fait l'objet d'un accord entre l'OMS et les partenaires.

34. Le Secrétariat a également informé les participants que le document a été préparé en collaboration avec l'UNICEF et a été accepté par la Banque mondiale. L'étape suivante est celle de la discussion, de l'adoption et de l'appropriation de la stratégie par les pays.

35. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/5), à soumettre au Comité régional pour adoption.

PRÉVENTION DU VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE : STRATÉGIE D'INTENSIFICATION ET D'ACCÉLÉRATION (document AFR/RC56/PSC/4)

36. Le Dr Antoine Kabore, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération». Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les objectifs, les principes directeurs, les approches stratégiques, les rôles et responsabilités, la surveillance et l'évaluation, et la conclusion.

37. En 1996, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une stratégie régionale sur le VIH, qui a réaffirmé le rôle majeur du secteur de la santé dans la prévention de l'infection à VIH. En dépit des ressources et des efforts investis dans la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH, la tendance de l'incidence de l'infection à VIH est à la hausse. En conséquence, il est peu probable que l'Objectif du Millénaire pour le Développement N° 6 soit atteint. Compte tenu de la nécessité de renforcer les mesures visant à contenir la propagation du VIH, une résolution sur l'accélération de la prévention de l'infection à VIH a été adoptée. Les initiatives en cours et les engagements actuellement pris au niveau mondial contribuent à l'avènement d'un environnement favorable permettant la mise à l'échelle des efforts de prévention de l'infection à VIH dans la Région. Le document de stratégie propose les interventions et actions clés pour accélérer la prévention de l'infection à VIH.

38. Quelque 3,2 millions (65 %) des 4,9 millions de nouvelles infections par le VIH survenues à l'échelle mondiale en 2005 ont été enregistrées en Afrique subsaharienne. La couverture par les services de prévention de l'infection à VIH demeure faible : 7 % pour les services de conseils et de dépistage volontaires, et 5 % pour les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Les comportements à haut risque sont encore courants : le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque n'est que d'environ 20 %. Les efforts déployés pour accélérer la prévention de l'infection à VIH et progresser vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins sont encore entravés par de nombreux obstacles. Toutefois, il existe plusieurs opportunités pour la mise à l'échelle des interventions complètes de lutte contre le VIH.

39. L'objectif général de la nouvelle stratégie de prévention de l'infection à VIH est d'accélérer la prévention et de réduire l'impact du VIH/SIDA, dans le contexte de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Les objectifs spécifiques sont les suivants : améliorer l'accès aux interventions de prévention de l'infection à VIH ; améliorer l'accès à des interventions complètes contre le VIH/SIDA; plaider en faveur de l'accroissement des ressources; et promouvoir tout environnement favorable à la prévention de l'infection à VIH. Les efforts déployés pour réaliser ces objectifs doivent être guidés par les principes suivants : approche fondée sur les droits de l'homme; adaptation des interventions dont l'efficacité est établie; continuum des services de prévention et de soins; participation communautaire; principe des «Three ones»; et pérennisation et responsabilité.

40. Le document propose un certain nombre d'approches stratégiques : créer un environnement politique favorable; étendre et intensifier les interventions efficaces de prévention de l'infection à VIH; associer la prévention, le traitement, les soins et le soutien

pour en faire un ensemble d'interventions essentielles contre le VIH/SIDA; améliorer l'accès par la mise à l'échelle des interventions et l'adoption, au niveau national, d'une approche simplifiée axée sur la santé publique; renforcer les systèmes de santé pour faire face à la demande croissante; et accroître et maintenir durablement les ressources financières.

41. Les pays devront élaborer des plans; mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation; et assurer la coordination des partenaires. L'OMS et les autres partenaires fourniront un appui technique et des orientations normatives aux pays, en plus de renforcer les capacités de ceux-ci dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre et de la mobilisation des ressources. L'adaptation et la mise en œuvre d'une stratégie efficace d'intensification et d'accélération de la prévention de l'infection à VIH, telle que soulignée dans le document, contribueront à réduire sensiblement l'incidence du VIH/SIDA, ainsi que la morbidité et la mortalité y afférentes dans la Région africaine.

42. Les membres du Sous-Comité ont rappelé les tendances actuelles de l'épidémie du VIH/SIDA et les interventions mises en œuvre dans leurs pays. Ils se sont félicités du caractère complet, pertinent et opportun, ainsi que de la qualité du document. Toutefois, ils ont fait des observations générales sur la nécessité d'impliquer d'autres secteurs, outre le secteur de la santé, aux activités de prévention du VIH/SIDA, et d'affirmer clairement le leadership des ministères de la santé dans la prévention de l'infection à VIH.

43. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivantes :

- a) au paragraphe 2, remplacer en anglais «*rethink*» par «*reshape*»;
- b) au paragraphe 8, introduire l'intervalle pour le taux de prévalence de l'infection à VIH, après le taux de prévalence global de 7,2 %;
- c) le paragraphe 11 a) devrait être plus précis et tenir compte des questions soulevées au paragraphe 16;
- d) le paragraphe 11 f) devrait inclure la coordination des partenariats en vue de l'utilisation efficace des ressources fournies par les partenaires;
- e) dans Objectifs : il convient de faire une distinction entre les objectifs et les cibles qui devraient également être plus réalistes, mesurables et à base factuelle ; le contenu des objectifs spécifiques devrait être clarifié selon qu'il s'agit de l'accès ou de l'utilisation;
- f) ajouter au paragraphe 13 a), «conseils et dépistage systématiques, par exemple pour les patients tuberculeux»;
- g) lignes directrices : au paragraphe 14 a), ajouter «criminalisation de la transmission consciente du VIH et de la violence sexuelle, particulièrement contre les enfants et dans les situations de conflit»;
- h) approches stratégiques : au paragraphe 16, tenir compte de la proposition faite ci-dessus au paragraphe 14 a);

- i) le paragraphe 22 doit être équilibré, sur le plan du genre, en ajoutant les hommes; ajouter une phrase montrant les liens entre les soins anténatals, les soins postnatals et la PTME;
- j) le paragraphe 25 devrait inclure l'utilisation des préservatifs (y compris les préservatifs féminins) par les travailleurs du sexe et leurs clients ; la promotion de l'utilisation du préservatif concerne l'ensemble de la société et non le seul secteur de santé;
- k) au paragraphe 39, supprimer la deuxième phrase concernant le paiement de frais par les usagers, mais maintenir la note de bas de page (14);
- l) rôles et responsabilités : insister sur le rôle des gouvernements en matière d'administration, de leadership et de coordination; les ministères de la santé devraient fournir des orientations techniques dans le cadre de la collaboration intersectorielle;
- m) conclusion : au paragraphe 46, ajouter «soins et soutien» après «traitement» dans la dernière phrase;
- n) le Résumé d'orientation doit refléter l'inadéquation de l'environnement politique.

44. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme de leurs précieux commentaires et suggestions qui serviront à améliorer la qualité du document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été fournies sur les diverses questions soulevées au cours des discussions. Il a été expliqué que le paragraphe 4 se référerait à l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010. En outre, les cibles proposées ont pour base l'engagement de Gleneagles, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le Secrétariat a estimé que l'optimisme était permis quant à la réalisation des objectifs fixés, en raison des expériences positives antérieures, mais il a ajouté que tout dépendra de la disponibilité des ressources. Sur la question de la criminalisation de la transmission consciente du VIH, il a attiré l'attention sur la nécessité de discussions pertinentes à ce sujet, sur la base des cadres juridiques en place dans les pays.

45. Le Sous-Comité a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/2), à soumettre au Comité régional, pour adoption.

PAUVRETÉ, COMMERCE ET SANTÉ : UN PROBLÈME DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ÉMERGENT (document AFR/RC56/PSC/5)

46. Le Dr Chris N. Mwikisa, du Secrétariat, a présenté le document sur la pauvreté, le commerce et la santé. Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les perspectives et la conclusion.

47. Le document souligne le fait que par le biais du capital humain et de la productivité de la main-d'œuvre, il existe des corrélations entre la santé, le commerce et le développement. La libéralisation du commerce est un défi majeur au développement global et aux efforts de réduction de la pauvreté; il est devenu un important enjeu pour les secteurs de la santé des divers pays. L'Accord général sur le Commerce des Services (GATS) invite les pays membres de l'Organisation mondiale du Commerce à libéraliser progressivement le commerce des services, y compris les services relatifs à la santé. Il est nécessaire de mieux percevoir les implications de l'essor du commerce des services de santé, plus particulièrement en ce qui concerne les objectifs sociaux et de développement.

48. Le GATS définit quatre types de commerce des services de santé : les prestations transfrontalières de services de santé; la consommation de services de santé à l'étranger; la présence commerciale; et les migrations du personnel de santé. Trois autres accords commerciaux multilatéraux de l'Organisation mondiale du Commerce ont des implications sur la santé : l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC); l'Accord sur l'Application des Mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS); l'Accord sur les Obstacles techniques au Commerce (OTC).

49. On dispose de peu d'informations sur le commerce des services de santé dans la Région africaine. Cependant, quelques indices laissent supposer que tous les quatre types de commerce des services de santé y existent. Le commerce des services de santé peut avoir un impact positif ou négatif sur le développement social et sanitaire. Les ministères de la santé doivent évaluer correctement les risques et opportunités qu'entraîne, tant sur le plan de la santé humaine que sur celui du développement, la libéralisation des services de santé, dans le cadre de l'Accord général sur le Commerce des Services. Malheureusement, la plupart des ministères de la santé de la Région ne sont pas en mesure d'apporter des solutions efficaces aux problèmes liés au commerce. Le document fait aussi état des opportunités et des risques qu'entraîne l'essor du commerce des services de santé.

50. Afin d'atténuer les risques et tirer parti de l'essor du commerce des services de santé, les pays doivent : instaurer ou renforcer les mécanismes d'harmonisation des questions relatives au commerce; assurer la formation ou l'orientation nécessaire à tous les cadres supérieurs et moyens des secteurs de la santé, du commerce et de la législation; identifier et promouvoir le travail des centres d'excellence régionaux et nationaux dans le domaine de la mondialisation, du commerce et de la santé. L'OMS et les partenaires devront s'assurer que la santé est prise en compte pendant l'élaboration des politiques commerciales internationales ; continuer à fournir aux États Membres des informations et des conseils pertinents sur la santé et le commerce ; et soutenir le renforcement des capacités nationales dans ce domaine.

51. Le document conclut que le commerce des services de santé offrent des opportunités aux pays. Cependant, cela ne va pas sans risques. Les pays devront chercher à tirer parti des opportunités émergentes à l'échelle mondiale, tout en s'efforçant d'en atténuer les effets néfastes. Les pays ne pourront le faire que s'ils prennent la pleine mesure des effets potentiels des accords commerciaux multilatéraux, en particulier ceux relatifs à la santé.

52. Les membres du Sous-Comité ont apprécié le caractère pertinent, opportun et bien structuré du document. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) la question de la pauvreté doit être mieux traitée dans le document, dans le cadre de la mondialisation et de la libéralisation du commerce des services de santé;
- b) il convient de s'assurer que le document ne donne pas l'impression de s'opposer à la libéralisation et à la mondialisation;
- c) il faudrait inclure, pour les États Membres, des orientations claires sur la manière de s'organiser au niveau régional et sous-régional pour mieux tirer parti des opportunités et faire face aux défis que pose la libéralisation du commerce des services de santé.

53. Le document a été discuté section par section et les amendements spécifiques suivants ont été proposés par le Sous-Comité du Programme :

- a) dans l'Introduction, au paragraphe 2, il est nécessaire de préciser l'affirmation relative au coût du traitement médical qui entraîne la paupérisation des familles, en précisant son impact, particulièrement sur les pauvres et les personnes sans assurance maladie;
- b) dans l'Analyse de la situation : i) au paragraphe 5, s'assurer que l'idée de la première phrase sur la tendance de la pauvreté dans la Région est basée sur des faits ; ii) il est nécessaire d'être plus précis quant au rôle des traités régionaux et sous-régionaux portant sur le commerce des services de santé ; iii) au paragraphe 8, ajouter plus de détails sur les ADPIC, les SPS et le GATS;
- c) dans les Perspectives, paragraphe 15, ajouter «pour tirer parti des opportunités offertes par la libéralisation et» après le mot «stratégiquement», insérer un nouveau paragraphe (a) «Mettre en place ou renforcer des cadres ou accords de coopération régionaux tirant parti des opportunités offertes par la libéralisation»;
- d) dans le Titre, après un long débat quant à savoir s'il faut omettre le mot *pauvreté*, il a été convenu de garder le titre tel qu'il a été approuvé lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional, et de s'assurer que la pauvreté est couverte de manière appropriée dans le document;
- e) dans le Résumé d'orientation, il est nécessaire de refléter les améliorations proposées par le Sous-Comité du Programme.

54. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions qui seront mises à profit pour finaliser le document qui sera soumis à la cinquante-sixième session du Comité régional. Elles serviront également à réviser le document. Plus spécifiquement, la question de la pauvreté sera mieux traitée dans la version finale. Le Secrétariat a également expliqué que le message clé du document est d'informer les pays sur la nécessité de se pencher sur les questions de santé publique, dans le contexte de l'essor du commerce des services de santé.

55. Le Sous-Comité a recommandé que le document révisé soit soumis au Comité régional, pour adoption.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC56/PSC/6)

56. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble de la stratégie régionale de financement de la santé comprenant une introduction, une analyse de la situation, la stratégie régionale, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, et la conclusion.

57. Le mode de financement d'un système de santé influe sur son administration, la constitution de ses ressources, les prestations de services et la réalisation des objectifs tels que le bon état de santé, l'aptitude à répondre aux attentes non médicales du public et la fixation de contributions financières équitables.

58. Les pays font face à un certain nombre de défis : faiblesse des investissements dans la santé; absence de politiques et de plans stratégiques globaux en matière de financement de la santé; forte proportion de paiements directs de soins; couverture restreinte par l'assurance maladie; absence de structures de protection sociale des pauvres; mauvaise utilisation des ressources; et faiblesse des mécanismes de coordination du soutien des partenaires au secteur de la santé.

59. La stratégie a pour objectif de favoriser la mise en place de systèmes nationaux de financement de la santé qui soient équitables, efficaces et durables, afin de réaliser les OMD relatifs à la santé et les autres objectifs sanitaires nationaux. Plus spécifiquement, cette stratégie fournit aux pays des orientations sur la manière de garantir le niveau de financement nécessaire pour atteindre les buts et les objectifs sanitaires souhaités de manière durable ; garantir un accès financier équitable à des services de santé de qualité ; et garantir une allocation et une utilisation efficaces des ressources destinées au secteur de la santé.

60. Le document propose des interventions prioritaires pour le renforcement des fonctions du financement de la santé : la collecte des recettes ; la mise en commun des recettes et l'achat des services. Pour le renforcement du recouvrement des recettes, certaines des interventions comprennent : le renforcement des mécanismes de recouvrement; le respect des engagements précédemment pris dans la Région; le suivi de l'appui budgétaire fourni par de multiples donateurs; la suppression ou la réduction des paiements directs; et l'amélioration de l'efficacité dans le recouvrement des recettes. La mise en commun des recettes peut être améliorée par la mise en place de systèmes de paiement anticipé (assurance, prélèvements fiscaux ou un mélange des deux); la création de nouvelles structures de financement de la santé pour la coordination des diverses fonctions de financement; et le renforcement des systèmes de sécurité (mécanismes d'exonération) pour protéger les pauvres.

61. La fonction d'achat peut être améliorée par le financement du renforcement du système de santé, en utilisant les ressources destinées aux maladies prioritaires (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose), en passant des contrats avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales, en réformant les mécanismes de paiement des prestataires, et en

améliorant les mécanismes de coordination du secteur de la santé (par exemple, les approches sectorielles).

62. Pour atteindre les OMD et les objectifs nationaux de développement de la santé et étendre la couverture des services de santé, les pays de la Région africaine ont d'urgence besoin d'un financement accru ; d'une plus grande équité dans le financement et l'accès aux services de santé, et d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources de la santé.

63. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les commentaires généraux suivants pour améliorer le document :

- a) il est nécessaire de souligner la difficulté qu'éprouvent les ministères de la santé pour influencer les changements dans les pays en ce qui concerne les mécanismes de financement de la santé, les décisions sur le budget étant centralisées au sein des ministères des finances;
- b) il convient de faire ressortir les enseignements tirés des précédentes initiatives de financement de la santé dans la Région, ainsi que leurs avantages comparatifs;
- c) le problème ne réside pas dans les frais à payer par les usagers en tant que tels, mais dans la détermination des contributions en fonction de la capacité individuelle de paiement;
- d) il faut établir des liens explicites entre le niveau de financement et les performances des systèmes de santé, par le biais de la recherche;
- e) il convient de relever la nécessité de soutenir les pays dans leurs efforts en vue de mettre en place ou de renforcer les systèmes d'assurance, garantir la participation communautaire; créer des systèmes de paiement anticipé, afin que la Région aille au-delà de l'Initiative de Bamako, et souligner l'importance de la revue des dépenses publiques ou des comptes nationaux de la santé.

64. Le Sous-Comité de Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction : au paragraphe 2 de la version française, après le mot «*dépend*», introduire «*entre autres, de sa capacité*»;
- b) dans la section Analyse de la situation : (i) paragraphe 13 de la version française, remplacer «*piètre qualité des services de santé publics*» par «*qualité insuffisante des services de santé publics*»; dernière ligne du paragraphe 14 de la version française, remplacer «*mécanismes de paiement des établissements*» par «*mécanismes de paiement au niveau des établissements publics*»; remplacer «*dissuaderaient*» par «*dissuadent*»;
- c) dans la section Objectifs, paragraphe 16 de la version française, remplacer le mot «*systèmes*» par «*mécanismes*» ;

- d) au paragraphe 21, ajouter *“la nécessité de recourir à des mécanismes fiscaux pour mobiliser des ressources additionnelles en faveur de la santé, y compris l’affectation à la santé des ressources provenant du paiement de taxes sur l’alcool et le tabac”* ;
- e) au paragraphe 26, reformuler en anglais la première phrase afin qu’elle se lise comme suit : *“Countries should introduce or expand prepayment systems, for example, funds collected through taxes or insurance contributions”* ;
- f) supprimer la partie de texte entre parenthèses dans la première phrase du paragraphe 27 ;
- g) reformuler le paragraphe 28, afin de mettre en exergue l’idée de protection des pauvres, sans toutefois trop insister sur la gratuité des services ;
- h) au paragraphe 29, ajouter une phrase sur l’estimation du coût des services avant l’allocation des ressources ;
- i) dans la dernière phrase du paragraphe 31, remplacer en anglais le mot *“from”* par *“to”* ;
- j) au paragraphe 36 g), insérer le mot *“administration”* après le mot *“secteur”* et envisager de supprimer le mot *“corruption”* ;
- k) au paragraphe 36 k), après l’expression *“financement de la santé”*, inclure *“y compris l’estimation du coût”* ;
- l) au paragraphe 37, la deuxième phrase doit s’arrêter à *“pays”* ; il faut donc supprimer le reste de la phrase ;
- m) au paragraphe 38 b), remplacer le mot *“devraient”* par *“doivent”* dans la version française ; dans toutes les versions, le paragraphe 38 b) devrait s’arrêter au mot *“objectif”* ;
- n) le paragraphe 38 c) devrait se lire : *“les engagements pris devant diverses instances internationales, y compris les engagements pris dans la Déclaration de Paris, soient honorés”* ;
- o) au paragraphe 40 de la section Suivi et Évaluation, après le mot *“devraient”*, ajouter *“conduire sur une base régulière, des opérations sur les comptes nationaux de la santé”* ; au paragraphe 41, mentionner la nécessité de procéder à un contrôle tous les trois ans ;
- p) au paragraphe 1 du Résumé d’orientation, expliquer le sens de *“répondre aux attentes non médicales du public”* et *«fixation de contributions financières équitables»* ; au paragraphe 2 de la version française, remplacer les mots *“nombre de sérieux défis”* par *“nombre de défis majeurs”* ; à la fin du paragraphe 3, ajouter une phrase qui se lit comme suit : *«les pays sont invités instamment à institutionnaliser les comptes nationaux de la santé, afin de faciliter la planification, le suivi et l’évaluation.»* ; inclure les comptes nationaux de la santé ;

au paragraphe 4 dans la version française, remplacer le mot «système» par «mécanismes».

65. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs observations et suggestions qui permettront de finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional.

66. Le Directeur régional a remercié les membres pour leurs débats fructueux. Il a déclaré que, bien qu'il ne s'agisse pas d'un sujet nouveau, la nécessité d'élaborer une stratégie globale est reconnue. Il a informé les membres du Sous-Comité du Programme que la présente stratégie a été élaborée en étroite collaboration avec les Communautés économiques régionales, la Banque mondiale, l'OIT et l'UNICEF, afin de créer un environnement favorable à sa mise en œuvre. Il a reconnu que la Région doit faire davantage de progrès sur le plan du financement de la santé, dominé par des systèmes basés sur les paiements directs pour adopter des mécanismes de paiement anticipé. Il a expliqué que l'engagement des Chefs d'État d'allouer 15% de leurs budgets nationaux à la santé et la recommandation de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de dépenser un minimum de US\$34 pour la santé de chaque habitant, n'étaient pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Il a déclaré que, même si tous les pays atteignaient la cible d'Abuja, ils pourraient ne pas avoir atteint celle de la recommandation de la CMS. Il a souligné l'importance des comptes nationaux de la santé dans le processus de réforme du financement de la santé. Il a indiqué que le présent document n'est pas rigide et devrait rester flexible en ce qui concerne l'«établissement de nouvelles structures de financement de la santé» et le «renforcement des filets de sécurité pour protéger les pauvres».

67. Le Sous-Comité a recommandé le présent document tel qu'amendé, et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/3) sur le sujet, à soumettre au Comité régional pour adoption.

AUTORITÉS DE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC56/PSC/7)

68. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble du document intitulé : «Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives». Ce document comprend une introduction, suivie d'une présentation de la situation actuelle et des perspectives, ainsi qu'une conclusion.

69. Il ressort du document que la mission des autorités de réglementation pharmaceutique (ARP) est de coordonner et de contrôler le secteur pharmaceutique, afin de préserver la santé publique. Les ARP doivent s'occuper de questions administratives (notamment la mission, la politique, la législation, les réglementations, la structure organisationnelle, les ressources humaines, le financement), des questions techniques (notamment les standards, les spécifications, les lignes directrices, les normes, les procédures) et des questions de vérification. Leurs principales fonctions portent sur l'agrément des personnes et des sociétés; l'autorisation de mise sur le marché (enregistrement); l'autorisation d'essais cliniques; l'inspection des unités de fabrication, de la distribution et des sites d'essais cliniques; le contrôle de la qualité et de la sécurité des produits; et l'information et le contrôle de la promotion et de la publicité.

70. L'objectif du présent document est de passer en revue la situation actuelle des ARP; d'examiner la réglementation des médicaments, y compris des vaccins et des médicaments stupéfiants; et de proposer des perspectives pour améliorer la performance des ARP dans la Région africaine.

71. Le document recommande un certain nombre d'activités prioritaires que les pays doivent mener pour renforcer les autorités de réglementation pharmaceutique. La première activité porte sur l'élaboration de cadres juridiques et organisationnels. Ceux-ci assigneront aux ARP une mission claire et des pouvoirs juridiques adéquats; élaboreront et mettront en application une législation globale tenant compte des contextes national et régional; et mettront en place des structures, infrastructures et ressources organisationnels appropriés. La deuxième porte sur l'élaboration d'un plan de développement durable des ressources humaines, préalablement au renforcement des capacités des ARP. La troisième porte sur l'exercice des fonctions réglementaires, notamment l'élaboration et la mise à jour des directives et des procédures ayant trait aux fonctions réglementaires; la coopération avec les institutions universitaires, les établissements de soins de santé et les instituts de recherche, ainsi qu'avec les associations professionnelles; la création d'un réseau d'autorités de réglementation pharmaceutique et d'initiatives sous-régionales, et leur renforcement en vue d'harmoniser les réglementations pharmaceutiques; la réalisation d'un équilibre entre les exigences réglementaires de contrôle des stupéfiants, et la disponibilité et l'accessibilité de ces derniers.

72. Avec la mondialisation et la mise au point d'un nombre en augmentation rapide de médicaments de haute technologie, les questions de qualité, d'efficacité et de sécurité des médicaments revêtent une très grande importance pour les États Membres et l'OMS. C'est la raison pour laquelle les États Membres devraient créer des autorités de réglementation pharmaceutique ou renforcer celles qui existent déjà, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs missions.

73. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document et se sont félicités de sa pertinence, de sa concision et de sa clarté. Ils ont fait les observations générales suivantes en vue d'améliorer le document :

- a) le rôle des ARP en ce qui concerne les médicaments traditionnels a été omis.
- b) compte tenu de la place centrale qu'occupent les médicaments au sein du secteur de la santé et de leur importance financière et économique, il est nécessaire que le document soit plus précis au sujet de l'autonomie et de la composition des ARP.
- c) l'implication du secteur vétérinaire aux ARP.
- d) l'importance de l'application de la législation et de la réglementation en vigueur a été soulignée.
- e) il a été demandé de clarifier la définition des médicaments traditionnels par rapport à leur lieu de production et à leur utilisation.

74. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) au paragraphe 1, il convient de réviser la dernière phrase pour inclure les médicaments traditionnels comme suit : « ... mettre en place un système de réglementation des médicaments, y compris des médicaments traditionnels, et de»;
- b) au paragraphe 17, ajouter «mettre en place ou» avant «renforcer»;
- c) le sous-titre précédant le paragraphe 18 doit être libellé comme suit : **Cadre institutionnel et organisationnel**;
- d) le paragraphe 19 doit aborder la question de l'autonomie des ARP;
- e) au paragraphe 29, ajouter «et d'encourager la collaboration à l'échelle régionale»;
- f) le résumé d'orientation doit mentionner les médicaments traditionnels.

75. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui permettront de finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été fournies sur la définition des médicaments traditionnels et sur leurs différentes catégories. Pour ce qui est du degré d'autonomie, de la composition et des mécanismes opérationnels des ARP, le Secrétariat a attiré l'attention des membres du Sous-Comité sur la nécessité de prendre en compte le contexte national, en veillant à ce que les ARP soient en mesure de s'aquitter de leurs missions. L'OMS continuera de fournir aux pays un appui approprié.

76. Le Sous-Comité a recommandé que le document, tel qu'amendé, soit soumis au Comité régional, pour approbation.

**REVITALISER LES SERVICES DE SANTÉ PAR L'APPROCHE DES SOINS
DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE**
(document AFR/RC56/PSC/8)

77. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document intitulé «Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires». Ce document comprend l'introduction, l'analyse de la situation, les méthodes destinées à revitaliser les systèmes de santé, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, ainsi que la conclusion.

78. Il existe actuellement un engagement à l'échelle mondiale en faveur de la réalisation des objectifs liés à la santé, convenus sur le plan international. Toutefois, la lenteur des progrès vers la réalisation de ces objectifs dans la Région africaine requiert une accélération de l'accès aux services essentiels de santé. L'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé, en 1998, sa volonté d'améliorer la disponibilité des éléments essentiels des soins de santé primaires par le biais de la Politique de la santé pour tous pour le XXI^{ème} siècle. Le document indique que les soins de santé primaires, lorsqu'ils sont adaptés aux environnements actuels et prévisibles dans le futur, offrent un bon cadre pour l'accès universel aux services de santé essentiels.

79. Au nombre des défis auxquels les pays seront confrontés en tentant de revitaliser leurs services de santé, l'on peut citer l'amélioration de l'accès aux interventions sanitaires essentielles et le renforcement de la coordination et de la collaboration entre les parties prenantes. Par ailleurs, les pays devraient tirer parti de possibilités telles que la mise en œuvre réussie de politiques, de programmes et d'initiatives ; les initiatives mondiales lancées dans le domaine de la santé ; le renforcement du plaidoyer pour le financement ; et l'attention spéciale accordée aux déterminants sociaux de la santé.

80. L'objectif général de l'approche proposée pour revitaliser les systèmes de santé est d'améliorer l'équité et l'accès à des services de santé de qualité, dans le cadre des soins de santé primaires, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

81. Parmi les interventions prioritaires que les pays doivent mettre en œuvre, on peut citer le renforcement de la participation communautaire; l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines pour la santé, ainsi que des ressources financières et matérielles ; le renforcement des capacités gestionnaires ; le renforcement de la production et de l'utilisation de données factuelles; l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de santé ; et le renforcement de la collaboration et des partenariats.

82. Pour garantir le succès de la revitalisation de leurs services de santé, les pays devront élaborer des plans sanitaires ou renforcer les plans existants; coordonner la prestation de services aux différents niveaux; mobiliser et allouer les ressources; et améliorer la coordination, les partenariats et la collaboration intersectorielle. L'OMS et les partenaires complèteront les efforts des pays en menant le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources, à l'occasion de diverses rencontres; en fournissant un appui technique; en harmonisant l'appui en faveur de la prestation de services, et en participant à l'évaluation conjointe des performances.

83. L'accès universel aux services de santé essentiels ne sera possible que grâce à des systèmes de santé fonctionnels au niveau du district et de la communauté. Les soins de santé primaires demeurent une stratégie pertinente, mais ils doivent être adaptés aux nouveaux défis mondiaux et nationaux.

84. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) certains délégués ont insisté sur les principes régissant les soins de santé primaires, notamment la décentralisation et la participation communautaire, tout en soulignant la nécessité de mettre un plus grand accent sur la prévention et la promotion de la santé;
- b) les changements proposés pour les systèmes de santé doivent tenir compte des usagers, afin de répondre aux besoins des populations ;
- c) il est nécessaire de clarifier le concept de communauté;

- d) il est nécessaire de fournir des lignes directrices pour la participation communautaire, y compris des orientations appropriées à l'intention du personnel de santé.

85. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Introduction : i) au paragraphe 1, le nombre d'OMD liés à la santé est de 4, au lieu de 3 ; ii) au paragraphe 3, insérer avant la dernière phrase : «Les soins de santé primaires sont une approche présentant un bon rapport coût/efficacité»; iii) le paragraphe 7 devrait être harmonisé avec le titre du document ;
- b) dans l'Analyse de la situation : i) au paragraphe 14, ajouter « etc. » à la fin de la phrase; ii) ajouter un paragraphe soulignant les possibilités offertes par les stratégies pour la réduction de la pauvreté; iii) ajouter à la fin du paragraphe 21 : «Il est nécessaire de renforcer la capacité des communautés à améliorer la qualité des services de santé»; iv) le paragraphe 25 devrait être remanié pour le rendre plus clair, et les aspects de la qualité des soins devraient y être mentionnés ;
- c) à la section Méthodes destinées à revitaliser les services de santé : i) au paragraphe 28 a), remplacer «promouvoir» par «renforcer»; dans la version française, remplacer, dans le titre, «*méthodes*» par «*approches*»; ii) au paragraphe 29, ajouter à la liste «collaboration intersectorielle et développement de partenariats»; iii) au paragraphe 30 a), insérer «en fonction des besoins» après «renforcer» pour lire «prestation de services de santé, en fonction des besoins»;
- d) dans Suivi et évaluation, paragraphe 40, il est nécessaire d'être plus précis en ce qui concerne le mandat de l'équipe spéciale.
- e) dans le Résumé d'orientation, au paragraphe 1, après «contraintes» supprimer «affectant, entre autres», et remplacer l'expression par «liées à»; dans la version française, remplacer «et l'insuffisance des bases factuelles et des capacités de recherche» par «les bases factuelles et les capacités de recherche».

86. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour enrichir et finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Répondant à la question de savoir ce qui devrait être fait pour rendre la Stratégie des soins de santé primaires plus adaptée, le Directeur régional a indiqué que cela dépendra de ce qui sera fait au niveau des pays. Il a précisé que la Stratégie des soins de santé primaires est pertinente et que les problèmes auxquels les pays sont confrontés, sont liés à l'impact négatif des programmes d'ajustement structurel, aux catastrophes d'origine naturelle et humaine, au VIH/SIDA et à la participation insuffisante des communautés. Il a souligné la nécessité de renforcer les capacités à tous les niveaux, notamment au niveau communautaire. Il est nécessaire de sensibiliser les partenaires et les gouvernements pour renforcer les capacités au niveau local. Les systèmes de santé devraient tirer parti des initiatives mondiales telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, afin de renforcer la décentralisation et d'améliorer l'appui

accordé au niveau opérationnel. Le Directeur régional a insisté sur l'importance de l'utilisation d'une approche holistique pour aborder les questions de santé et de développement. Les programmes prioritaires devraient être harmonisés au niveau local de manière très complète pour faciliter la prestation de services et améliorer les résultats de la santé. Il a conseillé, en ce qui concerne la section Suivi et Évaluation, de revoir la périodicité de cet exercice en la portant à trois ou quatre ans, au lieu d'un an.

87. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document, tel qu'amendé, et a préparé sur le sujet un projet de résolution (AFR/RC56/WP/4) à présenter au Comité régional, pour adoption.

GRIPPE AVIAIRE : PREPARATION ET RIPOSTE CONTRE LA MENACE D'UNE PANDEMIE (document AFR/RC56/PSC/11)

88. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le document sur la préparation et la riposte contre la grippe aviaire, qui comprend une introduction, une analyse de la situation, la préparation et la riposte, les rôles et responsabilités, ainsi qu'une conclusion.

89. Le document indique que la grippe aviaire est une maladie infectieuse de l'oiseau, causée par une souche de type A du virus de la grippe. La grippe humaine est transmise par inhalation de gouttelettes infectieuses. Trois pandémies de grippe ont été enregistrées en 1918, 1957 et 1968, la première ayant entraîné 40 à 50 millions de décès à travers le monde. La Région africaine est extrêmement vulnérable à la maladie. La Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a prié instamment les États Membres d'élaborer des plans de préparation nationaux et de les mettre en œuvre, et a demandé au Directeur général de maintenir le leadership en matière de préparation à la pandémie.

90. Au 10 mai 2006, 53 pays dans le monde dont cinq dans la Région africaine avaient confirmé la présence du H5N1 chez des oiseaux domestiques et sauvages. Neuf pays dans le monde avaient déclaré 207 personnes infectées par le H5N1, dont 115 étaient décédées, soit un taux de létalité de 56 %. L'impact direct et indirect d'une pandémie de grippe serait énorme, et affecterait les systèmes de santé et les services de soins de santé. Les pertes économiques dues à l'abattage systématique des oiseaux domestiques et aux restrictions sur le plan des voyages et du commerce, étaient déjà considérables et sont en train de s'alourdir.

91. Il a été indiqué que le Bureau régional a fourni un appui technique, des lignes directrices et des instruments aux États Membres ; constitué un groupe spécial d'experts ; mis en place un réseau régional de laboratoires pour le diagnostic de la grippe humaine ; élaboré un plan régional de préparation et de riposte ; organisé des réunions régionales sur la grippe aviaire ; et demeure fermement décidé à mettre en œuvre des stratégies et des interventions, en collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies et des groupements économiques régionaux.

92. Le document souligne également parmi les contraintes auxquelles les pays sont confrontés : l'insuffisance de ressources financières ; les carences des systèmes de santé ; la pénurie de ressources humaines qualifiées pour faire face à la charge de travail potentielle accrue ; le nombre restreint de laboratoires bien équipés, capables de confirmer la grippe aviaire ; les déficiences des infrastructures de transport et de communication, ainsi que des

systèmes administratifs et logistiques ; le taux élevé d'analphabétisme et la pauvreté généralisée. Le document comprend également un résumé des défis et des opportunités.

93. Les pays doivent mettre en œuvre d'urgence les interventions prioritaires suivantes : améliorer la coordination nationale et régionale de la préparation et de la riposte ; renforcer les systèmes d'alerte précoce ; réduire les possibilités d'infection humaine à H5N1 ; enrayer ou retarder la progression de la grippe à la source ; renforcer les capacités des systèmes de santé nationaux ; mettre en œuvre les composantes de la promotion de la santé ; élaborer des législations et des politiques, et les mettre en application ; et contribuer à la recherche sur la grippe.

94. Les États Membres doivent élaborer des plans nationaux de préparation et de riposte, et les mettre en œuvre ; assurer le suivi et l'évaluation de ces plans, et partager l'information conformément au Règlement sanitaire international. L'OMS et les partenaires (par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et l'Organisation mondiale de la Santé animale) doivent fournir aux pays des lignes directrices pour l'élaboration des plans nationaux de préparation et de riposte ; faciliter la mobilisation de ressources pour appuyer la mise en œuvre des plans, et réactiver le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour soutenir les États Membres.

95. Avec la confirmation de la présence de la grippe aviaire dans la Région, le risque d'une pandémie de grippe persiste. L'apparition de cas humains serait à l'origine de nouveaux défis démesurés pour des systèmes et des services de santé déjà fragiles et débordés. L'urgence imminente de la situation requiert de la part des gouvernements un leadership fort pour mettre en œuvre en temps voulu les plans de préparation et de riposte. La riposte des gouvernements devrait être bien coordonnée, dotée en ressources suffisantes et basée sur les principes de l'équité et appuyée par un partenariat mondial.

96. Les membres du Sous-Comité du Programme ont trouvé le document bien structuré et informatif, permettant ainsi la planification d'une préparation et d'une riposte adéquates à une pandémie potentielle. Ils ont également fait part et discuté de leurs expériences dans le domaine de la prise en charge de l'épidémie au sein de la population aviaire. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document.

- a) il est nécessaire d'examiner à nouveau la question de la mobilisation de ressources suffisantes pour financer les plans nationaux et régionaux par les gouvernements et les partenaires, étant donné que les fonds annoncés par les partenaires n'ont pas été débloqués ;
- b) la question du renforcement des capacités a été soulignée, notamment, pour la formation de personnels de laboratoire et de cliniciens ; il est également nécessaire de renforcer la capacité des laboratoires à confirmer le diagnostic du virus H5N1 dans la Région ; cela est urgent, parce que les pays sont confrontés à des difficultés en recourant aux compagnies aériennes pour acheminer les prélèvements à l'étranger ;

- c) inclure des moyens d'améliorer la diffusion de l'information pertinente relative à la situation épidémiologique actuelle, y compris l'échange sur les expériences des pays.
- d) même s'il est important de renforcer la préparation à la pandémie, il est nécessaire de veiller à la diffusion de l'information publique sans alarmer inutilement ; on devra veiller à ce que les programmes de santé publique en cours ne subissent pas un impact négatif, si leurs ressources sont détournées pour la préparation et la riposte à la grippe aviaire;
- e) l'analyse de la situation devrait comprendre des statistiques par pays, des cartes des migrations des oiseaux et des réseaux de laboratoire;
- f) la traduction de la version portugaise devrait être revue, en particulier la traduction de «*Règlement sanitaire international*» dans tout le document;
- g) le document devrait également examiner les questions liées au transport transfrontalier des prélèvements, et des solutions devraient être proposées.

97. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans l'Analyse de la situation: i) paragraphe 8, mettre à jour les statistiques ; ii) aux paragraphes 11 et 14, revoir le texte sur la disponibilité des lignes directrices et rendre la formulation cohérente; iii) insister sur les enseignements tirés de l'expérience des pays de la Région africaine et d'autres régions pour ce qui est de la préparation et de la riposte ; iv) incorporer un paragraphe sur les contraintes liées à l'accès au financement ;
- b) sous le titre Préparation et riposte : i) inclure une section spécifique sur le financement avec deux aspects - le rôle de l'OMS pour ce qui est de fournir des conseils techniques et des médicaments en utilisant les fonds d'urgence, et les rôles des partenaires et des pays dans la mise en place de mécanismes pour l'indemnisation des éleveurs et la fourniture d'autres sources de protéines pour l'alimentation humaine; ii) au paragraphe 24, reformuler la seconde phrase pour lire « Des efforts devraient être faits pour assurer la disponibilité et l'accès aux réactifs recommandés, de même qu'aux systèmes de référence des prélèvements... » ; iii) dans la version portugaise, la première phrase du paragraphe 25 devrait être revue ; le paragraphe devrait être remanié pour clarifier la question de la disponibilité d'un stock international d'antiviraux de l'OMS ;
- c) dans la section Rôles et responsabilités, inclure la nécessité pour les pays d'instaurer des mécanismes de financement avec l'appui des partenaires ;
- d) inclure les questions de financement dans la conclusion;
- e) dans le résumé d'orientation, paragraphe 3, mettre l'accent sur la nécessité de mécanismes de financement.

98. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Le Directeur régional a indiqué que le Bureau du Coordonnateur du système des Nations Unies pour la grippe avait été créé par le Secrétaire général de l'ONU en vue d'efforts conjoints coordonnés par les Nations Unies en ce qui concerne la préparation et la riposte à la grippe aviaire. Il a informé les participants que l'OMS travaillait en étroite collaboration avec toutes les autres institutions concernées du système des Nations Unies. Il a déploré le fait que la Région africaine et les pays ne recevaient pas un financement suffisant. Il a indiqué que le document serait revu pour qu'il soit plus explicite sur cette question, afin d'appeler les gouvernements et les partenaires internationaux à accroître le financement pour la préparation et la riposte à la grippe aviaire. S'agissant du stock international d'antiviraux de l'OMS, il a informé le Sous-Comité du fait que les quantités de médicaments disponibles étaient limitées et qu'elles ne pourraient donc pas satisfaire tous les besoins mondiaux. Il a exprimé l'espoir que davantage de médicaments seraient disponibles sur le marché et que l'accès à ceux-ci serait équitable pour les pays de la Région africaine.

99. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document avec ses amendements et a préparé, sur ce sujet, un projet de résolution (AFR/RC56/WP/6) à soumettre au Comité régional, pour adoption.

RECHERCHE EN SANTÉ : PROGRAMME D'ACTION DE LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (document AFR/RC56/PSC/10)

100. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document sur la recherche en santé. Ce document comprend une introduction, une analyse de la situation, le programme d'action de la Région africaine, les rôles et responsabilités, et une conclusion.

101. Le document souligne le fait que la recherche est importante pour atteindre les objectifs de développement sanitaire, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La quarante-huitième session du Comité régional a adopté un plan stratégique régional de recherche en santé. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA58.34) approuvant les recommandations du Sommet ministériel de 2004 à Mexico sur la recherche en santé. Il est prévu que la seconde Conférence mondiale sur la recherche en santé se tienne en Afrique en 2008.

102. Le document admet également qu'on dispose d'une connaissance insuffisante de la performance des systèmes de santé dans la Région africaine, ce qui limite les capacités des pays à atteindre les objectifs nationaux et internationaux de développement sanitaire. La recherche en santé est insuffisamment financée. Il existe un déficit en matière de savoir-faire, ce qui signifie que la recherche n'est pas traduite en politiques ni en actions. Les systèmes nationaux de recherche en santé ne sont pas pleinement fonctionnels et il s'ensuit que les capacités de recherche sont faibles. Cette situation est aggravée par un certain nombre de contraintes : l'instabilité politique et sociale, les niveaux élevés d'analphabétisme et d'incapacité de compter, le faible niveau de développement économique national, et l'accès limité à l'ordinateur et à Internet. Le présent document met en lumière le fait qu'en dépit des nombreux défis existants, il y a des opportunités que les pays doivent saisir, par exemple, la

prise de conscience accrue de l'importance de la recherche aux niveaux mondial et régional, de l'accroissement du financement externe et des initiatives et mécanismes existants.

103. Le document mentionne en outre qu'afin de renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, les pays doivent élargir leurs programmes de recherche en santé pour y inclure les grands déterminants multidimensionnels de la santé, assurer des liens avec d'autres secteurs (non sanitaires), promouvoir des revues systématiques, y compris l'utilisation de la littérature grise; associer la recherche aux politiques et aux actions qui peuvent se traduire par la création de réseaux et un renforcement des capacités permettant de transposer en actes la recherche ; mobiliser davantage le financement interne et externe ; renforcer les capacités pertinentes, notamment les ressources humaines, l'organisation et les infrastructures ; renforcer les divers partenariats, par exemple, Nord-Sud, Sud-Sud, intersectoriels, publics-privés, chercheurs et décideurs ; et allouer au moins 2 % des budgets de la santé à la recherche, garantir de solides systèmes nationaux de recherche en santé, renforcer l'appui accordé à la recherche sur les systèmes de santé, promouvoir la traduction de la recherche en politiques et actions, et maintenir l'appui accordé à la recherche fondamentale sur les médicaments, les vaccins, les diagnostics et d'autres instruments. L'OMS et d'autres partenaires appuieront les pays pour promouvoir l'importance de la recherche, mener le plaidoyer en faveur d'un accroissement du financement, établir des normes et standards (y compris l'audit sur le plan de l'éthique), fournir un appui technique, promouvoir l'examen, la synthèse, la diffusion et l'application des résultats de la recherche, et améliorer l'accès à l'information sanitaire.

104. Les pays ont été priés instamment de consacrer des ressources suffisantes et des efforts appropriés à la recherche en santé, et de traduire les résultats de la recherche en actions, afin de contribuer au développement sanitaire et à la réalisation des objectifs de santé, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

105. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour avoir produit un document informatif bien structuré et bien présenté. Ils ont fait ensuite les commentaires généraux suivants :

- a) il y aurait lieu de considérer le document comme le résultat d'un travail en progrès et à actualiser en permanence, en tenant compte des résultats des initiatives en cours comme les réunions d'Abuja et d'Accra, de même que les futures activités préparatoires pour la Conférence mondiale 2008 sur la recherche en santé qui se tiendra dans la Région africaine;
- b) il est nécessaire de souligner l'importance: i) de l'élaboration de plans nationaux ; ii) de la mise en place de structures de coordination nationales et de mécanismes garantissant l'efficience et l'appropriation ; iii) des comités d'examen multidisciplinaires sur le plan technique et de l'éthique ; iv) des réseaux des pays et interpays ; v) du plaidoyer pour la mobilisation des ressources parmi les États Membres et les partenaires ; vi) de l'incorporation de la recherche dans les programmes des institutions de formation sanitaire, afin de développer la culture de la recherche ; vii) de l'affectation à la recherche en santé d'au moins 2 % des budgets de tous les programmes et projets ; viii) de la nature complémentaire de

la recherche clinique et en systèmes de santé, y compris la recherche sur le terrain;

- c) la définition de la recherche en santé et de ses divers types devrait être incluse dans le document, sous forme de notes de bas de page;
- d) il est nécessaire de tenir compte de la recherche assurée au titre des ministères de l'éducation, des sciences et de la technologie, etc;
- e) il est également nécessaire d'examiner les meilleurs moyens de communiquer les résultats de la recherche au public, y compris le segment qui ne sait ni lire, ni écrire.

106. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans la version portugaise, paragraphe 5, remplacer les termes «*todos os financiadores*» par «*todos os parceiros*»;
- b) paragraphe 8: aligner la version portugaise sur la version anglaise;
- c) paragraphe 10 d): à reformuler comme suit : «l'accès limité aux technologies de l'information et de la communication et leur utilisation (ordinateurs, Internet, etc.)»;
- d) paragraphe 11 d): inclure un rapport sur les centres collaborateurs existants de l'OMS;
- e) paragraphe 12: inclure une note liminaire sur la nécessité de mesures urgentes pour renforcer la recherche en santé dans le secteur de la santé. Indiquer en outre la nécessité de disposer de mécanismes nationaux de coordination de la recherche dans les secteurs de la santé et en dehors du secteur de la santé;
- f) paragraphe 13: indiquer la nécessité de renforcer les capacités des dirigeants, des décideurs et des gestionnaires (y compris, une formation en statistique) pour leur permettre d'utiliser les données factuelles de la recherche;
- g) paragraphe 17 : inclure un alinéa sur la création d'un registre central, d'une banque de données ou d'un centre de dépôt pour la recherche en santé. Ceux-ci pourraient être basés sur le web pour améliorer l'accès aux données et leur partage;
- h) paragraphe 17 a): remplacer « les équilibrer avec... » par «les compléter par... »;
- i) paragraphe 18 : inclure une phrase sur l'appui des études multi-centres, multi-sites, transnationales, afin d'aborder les problèmes d'intérêt commun et accroître l'efficacité;

- j) paragraphe 18 b) : inclure une phrase sur une structure de coordination nationale pour orienter et garantir l'appropriation nationale ;
- k) paragraphe 18 c) : ajouter « conjointement avec les États Membres ».

107. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document à soumettre à la cinquante-sixième session du Comité régional. Des éclaircissements ont été fournis en ce qui concerne la raison d'être de l'allocation budgétaire de 2 % proposée pour la recherche et l'utilisation du terme « contraintes » au lieu de « défis ». Il a été également précisé que l'emploi de l'expression « systèmes nationaux de recherche en santé » inclut les fonctions d'administration générale et de gouvernance, ainsi que les organisations et les structures requises. Le document sera également amélioré par sa mise en corrélation avec les initiatives et activités en cours, relatives à la préparation de la Conférence mondiale 2008 sur la recherche en santé.

108. Le Sous-Comité du Programme a recommandé la soumission du document, avec ses amendements, au Comité régional, pour adoption.

GESTION DES CONNAISSANCES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS: ORIENTATIONS STRATÉGIQUES (document AFR/RC56/PSC/12)

109. Le Dr Paul-Samson Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté le document intitulé « Gestions des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : orientations stratégiques ». Celui-ci comprend une introduction, une analyse de la situation, une approche régionale, les rôles et responsabilités, le suivi et l'évaluation, ainsi qu'une conclusion.

110. Le document souligne que la gestion des connaissances (GC) est un ensemble de principes, d'instruments et de pratiques qui permettent aux gens de créer des connaissances et de partager, traduire et appliquer ce qu'ils savent pour créer de la valeur et améliorer l'efficacité. L'objectif visé est d'améliorer la performance (par exemple, temps, services de qualité, innovation et réduction des coûts) des entités chargées de prendre des décisions (pays et organisations).

111. Les défis auxquels la Région africaine est confrontée sont liés au manque de politiques, de normes et de stratégies, de connectivité des communications et de capacités gestionnaires appropriées pour permettre aux pays d'exercer une influence sur les technologies de l'information et de la communication pour la GC.

112. L'objectif général de la stratégie est d'améliorer la performance des systèmes de santé et leurs résultats par une gestion efficace des connaissances en santé. Les objectifs spécifiques consistent à améliorer l'accès à l'information et aux connaissances sanitaires, à maximiser l'impact des connaissances explicites et tacites par le partage et la mise en application des connaissances, et à favoriser la cybersanté.

113. Le document présente les interventions prioritaires axées sur le plaidoyer; l'amélioration de la collecte de données et de bases factuelles; l'élaboration de politiques et de plans ; la fixation des normes et standards; le renforcement des capacités appropriées (individus, processus, technologies); la promotion de partenariats et la mobilisation de ressources.

114. Afin de renforcer les capacités de gestion des connaissances, les États Membres devront élaborer des politiques, des stratégies, des plans et des mécanismes de coordination pertinents, et mobiliser des ressources pour mettre en œuvre les plans. L'OMS et ses partenaires fourniront un appui technique et des lignes directrices appropriés aux États Membres pour la mise en œuvre des orientations stratégiques contenues dans le présent document.

115. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'élaboration d'un document aussi bien structuré et documenté, ainsi que pour sa bonne présentation. Ils ont fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) le document offre des opportunités pour faire face aux problèmes des ressources humaines et plaider auprès des décideurs en faveur de l'application de la gestion des connaissances et des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le secteur de la santé. Il convient d'inclure les avantages des TIC dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
- b) l'OMS devra jouer un rôle de coordination pour guider les différentes initiatives régionales en matière de gestion des connaissances (GC) et de cybersanté;
- c) mettre l'accent sur la nécessité d'établir un lien entre la GC, la recherche en santé et la gestion des systèmes d'information, et intégrer cette donnée dans les programmes et à tous les niveaux; et insister sur l'importance de l'appui technologique dans la GC;
- d) examiner le recours aux mécanismes de financement tels que le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, afin de mobiliser des ressources au niveau national pour la GC et la cybersanté;
- e) souligner l'importance du problème d'équité dans l'accès aux connaissances en santé et réduire la fracture numérique.

116. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) dans la version française, il faut réviser le paragraphe 1(*savoir-faire*);
- b) au paragraphe 12, inclure plus de détails, y compris le projet de développement de la cybersanté financé par le Gouvernement indien, en partenariat avec l'Union africaine;

- c) au paragraphe 17, renforcer la section sur le plaidoyer en stimulant le leadership en matière de TIC et de GC, et en encourageant leur utilisation par les dirigeants. Il leur sera alors plus facile de diriger en donnant l'exemple;
- d) au paragraphe 18, inclure un passage indiquant que les meilleures pratiques doivent aussi être efficaces;
- e) au paragraphe 21, mentionner les défis liés à la technologie, tels que la maintenance et le dépannage;
- f) au paragraphe 24, remplacer "programmes" par "stratégies" pour éviter la notion de verticalité;
- g) au paragraphe 27, les indicateurs doivent être minutieusement conçus et sélectionnés pour bien refléter les caractéristiques transversales et relativement nouvelles de la GC. Ce processus devrait tenir compte des autres secteurs, en dehors du secteur de la santé.

117. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional. Des clarifications ont été apportées sur trois importants aspects de la GC, à savoir, les individus, les processus et les technologies. Les membres du Secrétariat ont insisté sur la nécessité de cultiver l'esprit de mise en commun et d'application des connaissances, au-delà de l'utilisation effective des technologies de l'information et de la communication. Ils ont également relevé la nécessité d'accroître les investissements dans ce domaine relativement nouveau, plus particulièrement le renforcement des capacités en matière de GC et de développement des TIC.

118. Le Sous-Comité du Programme a recommandé le document tel qu'amendé et a préparé un projet de résolution (AFR/RC56/WP/7) y relatif, à soumettre au Comité régional, pour adoption.

LA DRÉPANOCYTOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC56/PSC/13)

119. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur la drépanocytose. Celui-ci comprend cinq sections, à savoir une introduction, une analyse de la situation, des perspectives, les rôles et les responsabilités et une conclusion.

120. Le Dr Rufaro Chatora a souligné que la drépanocytose est une pathologie génétique du sang qui affecte l'hémoglobine à l'intérieur des globules rouges du sang. Les douleurs récurrentes et les complications causées par la maladie peuvent avoir un impact sur bien des aspects de la vie des patients, y compris sur les plans de l'éducation, de l'emploi, et du développement psychosocial. Le dépistage néonatal du trait drépanocytaire, lorsqu'il est associé à des tests diagnostiques pratiqués à temps, à l'éducation des parents et à des soins complets, permet de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité liée à la maladie chez le nourrisson et l'enfant en bas âge.

121. Il ressort du document que dans la plupart des pays où la drépanocytose est un problème majeur sur le plan de santé publique, il n'existe pas de programmes nationaux pour la combattre; les structures de base pour la prise en charge des patients font en général défaut ; le dépistage systématique de la drépanocytose n'est pas une pratique courante ; et le diagnostic de la maladie n'est d'ordinaire établi que lorsque survient une complication grave. En conséquence, plus de 50 % des enfants présentant la forme la plus sévère de la maladie décèdent avant l'âge de cinq ans, le plus souvent d'une infection ou d'une anémie grave.

122. Les pays sont encouragés à mettre en place des programmes nationaux ou à renforcer les programmes existants qui mettent l'accent sur le plaidoyer ; la prévention et les conseils; le dépistage et le traitement précoces ; la surveillance et la recherche; et l'éducation communautaires et les partenariats.

123. Les membres du Sous-Comité du Programme ont apprécié le document comme étant bien documenté et pertinent pour accroître la prise de conscience de cette maladie si importante, et pourtant négligée. Ils ont toutefois fait les commentaires généraux suivants en vue d'améliorer le document :

- a) il faut harmoniser les chiffres de la prévalence dans le texte et sur la carte;
- b) il convient d'éviter la verticalisation du programme de prévention et de lutte contre la drépanocytose, en faisant plutôt de ce programme une partie intégrante des programmes des maladies non transmissibles;
- c) il faut davantage insister sur les aspects éthiques qui entourent le processus de dépistage;
- d) il est possible que l'incidence de la maladie soit sous-estimée à cause du peu de moyens disponibles pour effectuer les tests de dépistage, en particulier dans les zones reculées;
- e) il a été proposé d'utiliser la lutte contre la drépanocytose comme point d'entrée des programmes de santé génésique et de mettre au point des mécanismes plus élaborés pour impliquer davantage les hommes dans les problèmes de santé génésique;
- f) Il convient de relever l'importance de l'engagement de la société civile dans la prévention et la lutte contre la drépanocytose.
- g) Il faut être plus explicite sur ce qu'il est possible de faire en matière de dépistage au niveau des soins de santé primaires.

124. Le Sous-Comité du Programme a proposé d'apporter au document les amendements spécifiques suivants :

- a) le paragraphe 4 de l'introduction devrait se référer à la résolution de la Cinquante- Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la drépanocytose;

- b) dans la section Analyse de la situation : (i) au paragraphe 6, inclure la Sierra Léone dans la liste des pays où le taux de prévalence est le plus élevé ; (ii) au paragraphe 10 ajouter “*et sa communauté*” après “*famille*” ; (iii) dans la version française, ajouter le mot “*curatif*” après “*traitement*” au paragraphe 11 ; ajouter “*antipaludéens*” à la fin de la deuxième phrase;
- c) dans la section Perspectives, la dernière phrase du paragraphe 14 doit inclure le dépistage des parents vivant dans des régions à forte prévalence;
- d) la conclusion doit relever la nécessité d’intensifier le plaidoyer et de promouvoir une meilleure prise de conscience.

125. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions qui seront utilisés pour finaliser le document, dans la perspective de la cinquante-sixième session du Comité régional.

126. Le Sous-Comité du Programme a recommandé la soumission du document, avec ses amendements, au Comité régional, pour adoption.

QUESTIONS DIVERSES

127. Un membre du Sous-Comité du Programme a informé le Sous-Comité d’une demande du Ministre de la Santé d’Afrique tendant à inscrire trois thèmes supplémentaires de discussion à l’ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional. Ces thèmes sont les suivants :

- a) Destruction des stocks de virus variolique;
- b) Participation des États Membres de la Région africaine au processus d’élection du prochain Directeur général de l’OMS;
- c) Activation du poste de Directeur général adjoint de l’OMS.

128. Le Directeur régional a rappelé que l’ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional avait déjà été convenu au cours de la cinquante-cinquième session du Comité. Cependant, il a expliqué que le Règlement intérieur du Comité régional pour l’Afrique prévoit l’ajout de thèmes de discussion, en concertation avec le Président du Comité régional.

129. S’agissant de la destruction des stocks de virus variolique, le Directeur régional a fait savoir aux membres du Sous-Comité du Programme qu’à une séance spéciale est envisagée, avec la participation d’experts, en marge de la réunion du Comité régional. Cette séance spéciale serait axée sur les aspects techniques et scientifiques liés aux progrès réalisés dans la recherche en utilisant des virus varioliques vivants. Si la République d’Afrique du Sud demandait des discussions formelles au cours de la cinquante-sixième session du Comité régional, le Directeur régional envisagerait alors, en concertation avec le Président, l’inscription de cette question à l’ordre du jour, conformément au Règlement intérieur.

130. S'agissant de la nomination du nouveau Directeur général, le Directeur régional a indiqué que lors de sa 118^{ème} session du 30 mai 2006, le Conseil exécutif a suspendu la règle N° 52, afin de permettre une nomination accélérée qui sera confirmée par la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra le 9 novembre 2006. Afin de faciliter les consultations entre les ministres de la santé de la Région africaine, le Secrétariat est en train de prendre des dispositions pour disposer d'une salle de conférence équipée de systèmes d'interprétation simultanée pour une réunion des ministres à Addis Abeba, le dimanche matin, 27 août 2006, à la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. Il a rappelé la disponibilité du Secrétariat de l'OMS à faciliter la participation des Etats Membres à la mise en œuvre de la résolution EB118.R2 du Conseil exécutif.

131. S'agissant de l'activation du poste de Directeur général adjoint de l'OMS, la 118^{ème} session du Conseil exécutif avait déjà précisé qu'il n'y avait actuellement aucune vacance. En fait, le Dr Anders Nordström avait été nommé à ce poste par l'ancien Directeur général. De plus, le Conseil exécutif avait désigné le Dr Nordström comme Directeur général par intérim, cumulativement avec son poste de Directeur général adjoint.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (document AFR/RC56/PSC/14)

132. 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.

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

133. 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.

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

a) Dr Shehu Sule (Président) : Points suivants de l'ordre du jour :

- 8.1 Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009.
- 8.2 Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération
- 8.3 Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent.

b) Dr Babacar Drame (Rapporteur pour le français) : Points suivants de l'ordre du jour :

- 8.4 Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine
 - 8.5 Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives
 - 8.6 Revitaliser les services de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine.
- c) Dr Prince Albert T. Roberts (Rapporteur pour l'anglais) : Points suivants de l'ordre du jour :
- 8.7 Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine
 - 8.8 Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS
 - 9. Examen du projet de Plan stratégique à moyen terme 2006-2013 et du projet du Budget Programme 2008-2009.
- d) Dr Jose Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho (Rapporteur pour le portugais) : Points suivants de l'ordre du jour :
- 8.9 Grippe aviaire : Présentation et riposte contre la menace d'une pandémie
 - 8.10 Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques
 - 8.11 La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

135 Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active aux travaux. Il a également remercié le Secrétariat pour la bonne présentation des documents et la facilitation globale de la réunion. Il a en outre remercié le Directeur régional, le Directeur de la Gestion du Programme et les Directeurs des Divisions pour leur action qui contribue à repousser les frontières de la santé dans la Région africaine.

136. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat de la Namibie, du Niger, du Nigéria, du Rwanda, de Sao Tomé et Príncipe, et du Sénégal, en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il a remercié ces membres pour leur inestimable contribution à l'action du Sous-Comité. Ils seront remplacés par l'Algérie, l'Angola, le Bénin, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe. Les membres sortants du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour avoir facilité leur mission et pour l'assistance technique fournie aux pays. Ils ont également réitéré la nécessité d'examiner le mandat du Sous-Comité du Programme et le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS avant la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

137. Dans ses remarques de clôture, le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active et pour l'excellente qualité de leurs contributions. Il a souligné la nécessité d'innovations dans l'appui à la réforme des systèmes de santé dans les États Membres. Au niveau du Bureau régional, le rôle de l'OMS porte essentiellement sur l'échange d'informations et la fourniture d'un appui technique. Au niveau des pays, les équipes-pays de l'OMS doivent de plus en plus jouer un rôle plus actif dans la facilitation de la collaboration entre les différents partenaires, afin d'améliorer la mobilisation des ressources nécessaires pour soutenir les efforts déployés par les pays.

138. Réagissant à des questions spécifiques soulevées par des membres du Sous-Comité du Programme, le Directeur régional a réaffirmé la nécessité de revoir la taille, les fonctions et le mandat du Sous-Comité du Programme. La composition du Sous-Comité pourrait être élargie pour inclure trois ou quatre pays supplémentaires. Ses fonctions pourraient être étendues pour garantir la corrélation entre les travaux du Comité régional, de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, afin d'améliorer la communication et l'information des délégués de la Région participant à ces assises. S'agissant du Plan stratégique à moyen terme, le Directeur régional a déclaré que ce document est encore en cours d'examen et qu'il sera mis à la disposition des membres du Sous-Comité du Programme dès sa finalisation dans les trois langues officielles.

139. Le Directeur régional a remercié le Secrétariat et les interprètes pour l'excellente qualité du travail accompli, qui a contribué au succès de la réunion.

140. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

APPENDICE 1

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES**

**1. MEMBRES DU SOUS-COMITÉ
DU PROGRAMME**

NAMIBIE

Dr Norbert P. Forster
Under Secretary, Health and Social
Welfare Policy

NIGER

Dr Fatimata Moussa
Secrétaire Générale
Ministère de la Santé

NIGÉRIA

Dr Shehu Sule
Director, Community Health and
Population Activities

RWANDA

Dr Eliphaz Ben Karenzi
Secrétaire Général au Ministère de la
Santé

SAO TOMÉ ET PRINCIPE

Dr José Manuel Jesus Alves De Sousa
Carvalho
Directeur des Soins de Santé

SÉNÉGAL

Dr Babacar Dramé
Médecin Colonel
Directeur de la Santé

SEYCHELLES

Dr Bernard Valentin
Director General for Health Planning and
Information

SIERRA LÉONE

Dr Prince Albert T. Roberts
Deputy Director General for
Primary Health Care

AFRIQUE DU SUD

Dr. Yogan Pillay
Director of Planning,
Department of Health

SWAZILAND

Dr Cesphina Mabuza
Director of Medical Services

TANZANIE

Dr Z.A. Berege
Director of Hospital Services

TOGO

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur Général de la Santé

**2. COMITÉ CONSULTATIF
AFRICAIN POUR LA
RECHERCHE ET LE
DÉVELOPPEMENT
SANITAIRES (CCARDS)**

MAURICE

Dr Sylvain Shunker Manraj
Chairman of the African Advisory
Committee for Health Research and
Development

**3. MEMBRES DU CONSEIL
ÉXECUTIF**

LIBÉRIA*

MADAGASCAR

(Mme) Dr Marie Perline Odette
Rahantanirina
Directeur de la Santé de la Famille

* N'a pas pu participer.

APPENDICE 2

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/RC56/PSC/1)
4. Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006–2009 (document AFR/RC56/PSC/3)
5. Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (document AFR/RC56/PSC/4)
6. Pauvreté, commerce et santé : Un problème de développement sanitaire émergent (document AFR/RC56/PSC/5)
7. Financement de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/6)
8. Autorités de réglementation pharmaceutique : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/PSC/7)
9. Revitaliser les systèmes de santé par l'approche des soins de santé primaires dans la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/8)
10. Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC56/PSC/9)
11. Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine de l'OMS (document AFR/RC56/PSC/10)
12. Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie (document AFR/RC56/PSC/11)
13. Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques (document AFR/RC56/PSC/12)
14. La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC56/PSC/13)
15. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC56/PSC/14)
16. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
17. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3

PROGRAMME DE TRAVAIL

1^{er} JOUR : MARDI 6 JUIN 2006

- | | | |
|------------------|-----------------------------------|--|
| 10 h00 – 10 h 10 | Point 1 de l'ordre du jour | Ouverture de la réunion |
| 10 h10 – 10 h 20 | Point 2 de l'ordre du jour | Élection du président, du Vice-président et des Rapporteurs |
| 10 h20 – 10 h 30 | Point 3 de l'ordre du jour | Adoption de l'ordre du jour
(document AFR/RC56/PSC/1) |
| 10 h30 – 11 h 00 | <i>Pause-café et fruits</i> | |
| 11 h00 – 12 h 30 | Point 4 de l'ordre du jour | Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009
(document AFR/RC56/PSC/3) |
| 12 h30 – 14 h 00 | <i>Pause-déjeuner</i> | |
| 14 h00 – 15 h 30 | Point 5 de l'ordre du jour | Prévention du VIH dans la Région africaine :
Stratégie d'intensification et d'accélération
(document AFR/RC56/PSC/4) |
| 15 h30 – 17 h 00 | Point 6 de l'ordre du jour | Pauvreté, commerce et santé : Un problème de
développement sanitaire émergent
(document AFR/RC56/PSC/5) |

2^{ème} JOUR : MERCREDI 7 JUIN 2006

- | | | |
|------------------|------------------------------------|---|
| 9 h 00 – 10 h 30 | Point 7 de l'ordre du jour | Financement de la santé : Une stratégie pour la
Région africaine (document AFR/RC56/PSC/6) |
| 10 h30 – 11 h 00 | <i>Pause-café et fruits</i> | |
| 11 h00 – 12 h 30 | Point 8 de l'ordre du jour | Autorités de réglementation pharmaceutique :
Situation actuelle et perspectives
(document AFR/RC56/PSC/7) |
| 12 h30 – 14 h 00 | <i>Pause-déjeuner</i> | |
| 14 h00 – 15 h 30 | Point 9 de l'ordre du jour | Revitaliser les systèmes de santé par
l'approche des soins de santé primaires dans
la Région africaine (document
AFR/RC56/PSC/8) |
| 15 h30 – 16 h 30 | Point 10 de l'ordre du jour | Survie de l'enfant : Une stratégie pour la
Région africaine (document
AFR/RC56/PSC/9) |
| 17 h00 | <i>Réception</i> | |

3^{ème} JOUR : JEUDI 8 JUIN 2006

- 9 h 00 – 10 h 00 **Point 11 de l'ordre du jour** Recherche en santé : Programme d'action de la Région africaine
(document AFR/RC56/PSC/10)
- 10 h 00 – 10 h 30 *Pause-café et fruits*
- 10 h 30 – 12 h 00 **Point 12 de l'ordre du jour** Gestion des connaissances dans la Région africaine de l'OMS : Orientations stratégiques
(document AFR/RC56/PSC/12)
- 12 h 00 – 14 h 00 *Pause-déjeuner*
- 14 h 00 – 15 h 00 **Point 13 de l'ordre du jour** Grippe aviaire : Préparation et riposte contre la menace d'une pandémie
(document AFR/RC56/PSC/11)
- 15 h 00 – 16 h 00 **Point 14 de l'ordre du jour** La drépanocytose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives
(document AFR/RC56/PSC/13)

4^{ème} JOUR : VENDREDI 9 JUIN 2006

- 9 h 00 – 13 h 00 **Rédaction du rapport**
- 14 h **Point 15 de l'ordre du jour** Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC56/PSC/14)
- Point 16 de l'ordre du jour** Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
- Point 17 de l'ordre du jour** Clôture de la réunion