



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-neuvième session

Kigali, Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009

RAPPORT FINAL DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

SOMMAIRE

SECTION I

Paragraphes

OUVERTURE DE LA RÉUNION	1-11
VERS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT LIÉS À LA SANTÉ : RAPPORT DE SITUATION ET PERSPECTIVES (document AFR/RC59/PSC/3).....	12-21
CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE (document AFR/RC59/PSC/4).....	22-30
CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION D'ALGER SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/5).....	31-41
SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : PERSPECTIVES RÉGIONALES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE ET DU PLAN D'ACTION MONDIAUX (document AFR/RC59/PSC/6)	42-53
BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2010-2011 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/7).....	54-65
PHARMACORÉSISTANCE CONCERNANT LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME : ENJEUX, DÉFIS ET PERSPECTIVES (document AFR/RC59/PSC/8).....	66-76

ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/9).....	77-87
S' ATTAQUER AUX MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/10)	88-95
ORIENTATIONS POLITIQUES POUR LA CRÉATION DE CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE, LES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA RÉGLEMENTATION ALIMENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (document AFR/RC59/PSC/11)	96-104
RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE ACTUELLE (document AFR/RC59/PSC/12)	105-113
TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA RÉUNION DES DÉLÉGATIONS AFRICAINES À L' ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AU CONSEIL EXÉCUTIF (document AFR/RC59/PSC/13)	114-120
VERS L' ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE DANS LA RÉGION AFRICAINE D' ICI 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)	121-128
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME, Y COMPRIS DES PROJETS DE RÉOLUTIONS (document AFR/RC59/PSC/15)	129
ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL	130
CLÔTURE DE LA RÉUNION	131-135

SECTION II

PROJETS DE RÉOLUTIONS

AFR/RC59/WP/1	PHARMACORÉSISTANCE CONCERNANT LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME : ENJEUX, DÉFIS ET PERSPECTIVES	25
AFR/RC59/WP/2	ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE	27
AFR/RC59/WP/3	ORIENTATIONS POLITIQUES POUR LA CRÉATION DE CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE, LES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA RÉGLEMENTATION ALIMENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE.....	29

AFR/RC59/WP/4	RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE DANS LE CONTEXTE DE LA PANDEMIE DE GRIPPE ACTUELLE.....	31
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ANNEXES

	<i>Pages</i>
1. Liste des participants	34
2. Ordre du jour	36
3. Programme de travail	38

OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Libreville (République du Gabon), du 2 au 5 juin 2009.
2. Le Directeur régional, le Dr Luis Gomes Sambo, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme et aux membres du Conseil exécutif de l'OMS de la Région africaine.
3. Le Directeur régional a déclaré que la réunion du Sous-Comité du Programme se tenait au plus fort des préoccupations mondiales en rapport avec la propagation de la grippe A (H1N1) et a souligné la nécessité de renforcer la surveillance. Bien qu'il n'y ait eu aucun cas confirmé en laboratoire dans la Région, il est important que les pays consolident leurs plans de préparation et de réponse aux épidémies et aux urgences pour une surveillance continue de la maladie et un dépistage précoce, afin de prévenir toute épidémie.
4. Il a indiqué que les pays de la Région étaient déjà confrontés aux problèmes que posent les maladies transmissibles et non transmissibles, la pauvreté et des systèmes de santé peu performants dans le contexte de la crise économique mondiale, et a demandé que l'on consente des efforts accrus et concertés pour lutter contre les problèmes de santé de la Région.
5. Le Directeur Régional a mis en exergue le rôle et l'importance du Sous-Comité du Programme qui apporte une contribution substantielle aux travaux de l'Organisation en examinant de manière critique les documents techniques et en présentant au Comité régional des idées novatrices et des propositions concrètes. Il a fait savoir que la session actuelle du Sous-Comité du Programme débattrait de problèmes clés de santé publique comme la grippe A (H1N1), les maladies tropicales négligées, le renforcement des systèmes de santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, les orientations pour la mise en œuvre du budget programme de l'OMS 2010-2011 dans la Région africaine, et la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique.
6. En concluant ses remarques liminaires, le Directeur Régional s'est dit confiant que les membres du Sous-Comité du Programme examineront minutieusement les documents techniques et feront des recommandations pratiques susceptibles d'orienter le prochain Comité régional afin d'améliorer l'état de santé dans la Région. Il a demandé au Sous-Comité de proposer des solutions concrètes qui tiennent compte des réalités et intérêts communs de tous les pays de la Région africaine.
7. Après la présentation des membres du Sous-Comité du Programme et du Secrétariat du Bureau régional, quelques annonces d'ordre administratif et des consignes de sécurité, le bureau de la réunion a été constitué comme suit:

Président: Dr Souleymane Sanou, Burkina Faso
Vice-Président: Dr George Amofah, Ghana

Rapporteurs: M. Setshwano S. Mokgweetsinyana, Botswana (pour l'anglais)
Dr Félix Bledi Trouin, Côte d'Ivoire (pour le français)
Dr Ildo A. S. Carvalho, Cap-Vert (pour le portugais).

8. La liste des participants figure à l'Appendice 1.
9. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance placée en lui et les a invités à participer activement aux débats pour contribuer au succès de la réunion.
10. L'ordre du jour (Appendice 2) et le programme de travail (Appendice 3) proposés ont été examinés. Le Sous-Comité du Programme a accepté la proposition du Directeur régional d'inclure parmi les points de l'ordre du jour l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020.
11. L'ordre du jour a été adopté avec les amendements susmentionnés. La réunion a ensuite convenu de l'horaire de travail suivant :

9 h 00–12 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes
12 h 30–14 h 00, pause déjeuner
14 h 00–17 h 30, y compris une pause-café/thé de 30 minutes.

VERS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT LIÉS À LA SANTÉ : RAPPORT DE SITUATION ET PERSPECTIVES
(document AFR/RC59/PSC/3)

12. Le rapport fournit des informations actualisées sur les progrès réalisés en ce qui concerne l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, indique les principaux défis et propose des perspectives. L'analyse des progrès réalisés est basée sur les données fournies par la Division des statistiques des Nations Unies et les *Statistiques sanitaires mondiales de 2008*, et les tendances ont été évaluées sur la base des données de la période allant de 1990 à l'année la plus récente pour laquelle des informations étaient disponibles en juin 2008.
13. La plupart des pays de la Région africaine n'ont pas accompli des progrès suffisants vers l'atteinte des cibles des OMD. Cinq pays seulement sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4 (Réduire la mortalité infantile). Les estimations du ratio de mortalité maternelle pour 2005 montrent que la Région n'a pas fait de progrès vers l'atteinte de l'OMD 5. Seul un tiers de la population de la Région, se trouvant à un stade avancé de l'infection à VIH, avait accès aux médicaments antirétroviraux en 2007 (OMD 6). En dépit de l'augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide entre 1999 et 2006 dans tous les 18 pays disposant de données conjoncturelles, les taux de couverture ont été inférieurs à 50 % (OMD 6). Deux pays seulement sont en bonne voie pour atteindre la cible pour la tuberculose. Neuf pays sont en bonne voie pour atteindre la cible pour l'eau potable, tandis que deux pays sont en bonne voie pour atteindre la cible pour l'assainissement de base (OMD 7).

14. Parmi les principaux défis que doivent relever les pays pour atteindre les OMD figurent l'insuffisance des ressources, la faiblesse des systèmes de santé, les inégalités dans l'accès aux interventions ayant fait leurs preuves, la faible réponse multisectorielle, la priorité peu élevée accordée à la santé dans les politiques économiques et de développement des pays, et l'insuffisance des données conjoncturelles pour un certain nombre d'indicateurs.

15. Les mesures proposées portent notamment sur la nécessité de consacrer au moins 15% des dépenses publiques au secteur de la santé, comme énoncé dans la Déclaration d'Abuja de 2001; de renforcer les systèmes de santé en mettant intégralement en œuvre la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique; d'accorder une plus grande attention aux domaines dans lesquels les progrès sont jusque-là limités; de renforcer les partenariats internationaux, le leadership et les capacités institutionnelles; de suivre le Principe des « Trois Uns », qui vise à promouvoir l'utilisation efficace et efficiente des ressources et à garantir une réponse rapide et une gestion axée sur les résultats, par la mise en place d'**Un** cadre d'action concertée servant de base de coordination de l'action de tous les partenaires ; d'**Un** organe national de coordination doté d'un large mandat multisectoriel; et d'**Un** système concerté de surveillance et d'évaluation par pays.

16. Les membres du Sous-Comité du Programme ont fait observer qu'il est nécessaire d'utiliser des données plus récentes pour évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD, en particulier les derniers résultats des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) menées dans plusieurs pays. Il a été noté que c'est dans l'atteinte de l'OMD 5 – réduction de la mortalité maternelle - que le manque de progrès est le plus marqué. S'agissant de l'OMD 4, on a relevé que la mortalité chez les enfants de moins d'un an est source de préoccupation et qu'il faut ventiler les données par tranche d'âge. Il convient également de s'attaquer à d'autres causes de mortalité infantile telles que les maladies négligées comme la drépanocytose.

17. Le Sous-Comité du Programme a exprimé des préoccupations quant à la limitation actuelle des ressources de la santé et a appelé à une gestion plus efficiente des ressources existantes. Il a été noté que la cible de 15 % fixée à Abuja pourrait s'avérer insuffisante pour atteindre les OMD. Des préoccupations ont également été exprimées au sujet de l'impact négatif de la situation sécuritaire prévalant dans certains pays sur la prestation de services de santé. Il a été recommandé de présenter séparément dans le document les tendances relatives aux OMD liés à la santé, afin de centrer l'attention sur ceux qui incombent en premier aux ministères de la santé.

18. Les Membres du Sous-Comité du Programme ont également fait des recommandations précises concernant le fond et la forme du document.

19 En réponse, le Secrétariat a fait savoir que l'évaluation des progrès en vue des OMD se fait selon des méthodes normalisées reposant sur des indicateurs convenus au niveau mondial qui permettent des comparaisons entre pays. Les données disponibles les plus récentes après juin 2008 pourraient être utilisées pour réviser le document. Les efforts récents du Bureau régional pour générer et disséminer les données factuelles et les bonnes pratiques ont été rappelés. Il a été souligné qu'il était important de maintenir la cible de 15 % d'Abuja, étant donné qu'elle est un bon indicateur du niveau d'engagement des pays.

20. Le Secrétariat a rappelé aux participants que l'exactitude, la mise à jour et la périodicité de la communication des données dépendent de la fonctionnalité des systèmes nationaux d'information sanitaire. La mise en place de l'Observatoire africain de la santé facilitera la collecte des données et la communication d'informations concernant les OMD. La nécessité d'adopter une approche de renforcement des systèmes de santé comme moyen d'élargir les interventions probantes en matière d'atteinte des OMD a été réitérée.

21. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE
(document AFR/RC59/PSC/4)

22. Le document rappelle que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique est axée sur neuf grands domaines prioritaires, à savoir : le leadership et la gouvernance pour la santé ; la prestation de services de santé (RHS); les ressources humaines pour la santé; le financement de la santé; les systèmes d'information sanitaire; les technologies sanitaires; l'appropriation et la participation communautaires; les partenariats pour le développement sanitaire; et la recherche pour la santé. Pour chacun de ces domaines prioritaires, le Cadre propose des recommandations, sauf pour ce qui est de l'information sanitaire et de la recherche pour la santé, étant donné que ces deux domaines prioritaires sont pris en compte dans le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger.

23. Au nombre des recommandations visant le renforcement du *leadership et de la gouvernance pour la santé* figurent l'institutionnalisation de l'action multisectorielle pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé; la mise à jour de la politique nationale globale de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires (SSP) et aux autres stratégies régionales; la mise à jour du plan stratégique national de santé; et la prestation de services de santé essentiels complets. Pour accroître l'efficacité de la *prestation des services de santé*, les pays doivent fournir des services de santé essentiels complets, intégrés, appropriés et efficaces; concevoir leurs modèles de prestation centrés sur les populations et d'estimation des coûts; et assurer l'organisation des services et la coordination des différents acteurs, afin de promouvoir et d'accroître l'efficacité et l'équité.

24. Pour améliorer la *gestion des ressources humaines pour la santé (RHS)*, les pays doivent élaborer des politiques et des plans complets et fondés sur des bases factuelles pour les ressources humaines pour la santé; renforcer les capacités des institutions de formation en santé pour intensifier la formation de professionnels compétents en soins de santé; renforcer les capacités de gestion et de leadership des ressources humaines pour la santé; et mobiliser des ressources pour le développement des ressources humaines pour la santé. Pour améliorer le *financement des systèmes de santé*, les pays doivent élaborer des politiques et des plans complets de financement de la santé; institutionnaliser les comptes nationaux de la santé et le suivi de l'efficacité; renforcer les compétences dans la gestion financière à tous les niveaux; et mettre en œuvre la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide.

25. En ce qui concerne les *technologies sanitaires*, les pays doivent améliorer l'accès à des technologies sanitaires sûres et de qualité; élaborer des politiques et des plans nationaux pour les technologies sanitaires; améliorer l'accès à des médicaments de qualité issus de la médecine traditionnelle; établir des normes et standards de sélection, d'utilisation et de gestion de technologies sanitaires appropriées; et mettre en place un système transparent et fiable d'acquisition des technologies sanitaires. Pour garantir la *participation communautaire* au développement de la santé, les pays devront mettre en place un cadre d'orientation favorable à la participation des communautés; renforcer les capacités des communautés; réorienter le système de prestation de services afin d'améliorer l'accès et l'utilisation par les communautés; et recourir aux stratégies de promotion de la santé pour donner aux communautés les moyens d'adopter des modes de vie plus sains.

26. Pour renforcer les *partenariats* pour le développement sanitaire, les pays peuvent utiliser des mécanismes tels que le Partenariat international pour la Santé Plus (IHP+) et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique pour promouvoir l'harmonisation et l'alignement, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires; et adopter la collaboration intersectorielle, les partenariats public-privé et la participation de la société civile à la formulation des politiques et à la prestation de services.

27. Les membres du Sous-Comité du Programme ont favorablement accueilli le Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou en tant que guide pratique pour les pays dans la traduction de la Déclaration en actions. Ils se sont félicités de l'approche globale et ont reconnu le rôle central des ressources humaines pour la santé en vue de la mise en œuvre adéquate du Cadre et la nécessité de promouvoir des mesures pour leur motivation et fidélisation. Considérer les Soins de Santé primaires comme une approche, plutôt que comme un niveau de soins, facilitera la même compréhension du renforcement des systèmes de santé par les pays. Le renforcement des systèmes de référence contribuera à l'amélioration soutenue des soins de santé, indépendamment du type de système de santé. L'Annexe 1, qui présente un exemple de traduction des recommandations proposées en interventions et actions au niveau pays par domaine prioritaire, a été considérée comme pertinente pour servir d'orientation aux pays.

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

29. Le Secrétariat a été sensible au fait que les membres ont approuvé le format et le contenu du Cadre. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs commentaires et suggestions et a souligné l'importance de l'appropriation et du leadership des pays dans le processus de mise en œuvre de ce Cadre. Pour ce qui est de la collaboration intersectorielle, il est nécessaire de renforcer les comités nationaux intersectoriels de santé en tenant compte du contexte actuel du renouvellement des SSP, y compris les déterminants sociaux de la santé. Concernant la formulation des indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou, il a été convenu qu'il est nécessaire d'aller au-delà des OMD et d'inclure d'autres indicateurs pertinents. L'on a souligné que 15 % du budget national et 34 à 40 dollars de dépenses de santé par habitant par an sont des cibles qui se complètent. Les pays ont

été invités à prendre l'engagement de consacrer 15 % de leur budget national à la santé, et à chercher l'appui des partenaires pour atteindre 34 à 40 dollars de dépenses de santé par habitant.

30. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA DÉCLARATION D'ALGER SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE

(document AFR/RC59/PSC/5)

31. Le Cadre rappelle que la Déclaration d'Alger, qui a été adoptée lors de la Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, tenue en juin 2008, avait renouvelé l'engagement des États Membres à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, d'information sanitaire et de gestion des connaissances, afin d'améliorer la santé en Afrique. Le document vise à fournir aux pays un cadre pour faciliter la mise en œuvre de la Déclaration.

32. Parmi les mesures proposées pour le ***renforcement du leadership et de la coordination*** figurent la création d'un groupe de travail national pluridisciplinaire; la mise en place d'une unité de recherche en santé; d'information sanitaire et de gestion des connaissances au sein du Ministère de la Santé; la réalisation d'une analyse de la situation; l'élaboration de politiques et plans stratégiques nationaux; la mise en place ou le renforcement de mécanismes de coopération tels que des partenariats public-privé, sud-sud et nord-sud; et la création de centres régionaux d'excellence.

33. Les mesures proposées pour ***améliorer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire et des bases factuelles*** comprennent la mise en évidence et l'intégration des sources existantes d'informations fiables; l'établissement de procédures garantissant la disponibilité de données de qualité; l'accroissement de la fréquence des enquêtes démographiques et sanitaires nationales; l'achèvement du cycle de recensement de 2010; le renforcement de l'enregistrement des naissances et des décès, et des statistiques sur la surveillance et les services; l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire; la promotion d'une recherche innovante et le recours aux revues systématiques; et le renforcement des mécanismes institutionnels pour l'évaluation éthique et scientifique de la recherche.

34. Les mesures proposées pour ***améliorer la diffusion et le partage de l'information, des bases factuelles et des connaissances*** sont les suivantes : soutenir la création de bibliothèques de la santé et de centres d'information sanitaire; garantir la disponibilité de matériels imprimés et électroniques dans des formats et langues appropriés; publier les bases factuelles existantes sur les systèmes de santé et faciliter la production de connaissances dans les domaines prioritaires; mettre en place des mécanismes pour documenter les connaissances empiriques et les meilleures pratiques; et faire en sorte que les publications locales figurent dans les répertoires internationaux pertinents.

35. Les mesures proposées pour ***améliorer l'utilisation de l'information, des bases factuelles et des connaissances*** sont les suivantes : veiller à ce que les responsables politiques et les décideurs participent au processus d'établissement des programmes; améliorer leur capacité d'accès aux bases factuelles et à leur application; améliorer le partage et l'application de l'information, des bases factuelles et des connaissances empiriques; promouvoir les réseaux régionaux et nationaux de chercheurs, de décideurs et de responsables politiques; et promouvoir la recherche translationnelle et opérationnelle.

36. Les mesures proposées pour ***améliorer l'accès à l'information sanitaire, aux bases factuelles et aux connaissances disponibles à l'échelle mondiale*** comprennent la promotion d'une plus grande utilisation des répertoires; une meilleure utilisation des localisateurs d'expertise et des réseaux sociaux; et la promotion des revues à libre accès et l'accès institutionnel aux publications protégées par le droit d'auteur. Les actions proposées pour ***élargir l'accès aux technologies de l'information et de la communication pour la santé (cyber-santé)*** sont : évaluer les technologies disponibles pour déterminer celles qui répondent aux besoins locaux; assurer l'interopérabilité des divers systèmes; et élaborer des applications et des bases de données accessibles sur l'Internet.

37. Les mesures proposées pour ***améliorer les ressources humaines*** comprennent le renforcement des capacités grâce à la formation professionnelle continue; et la création d'un environnement propice pour attirer et fidéliser les ressources humaines de haute qualité. Les actions proposées pour ***améliorer le financement*** sont de veiller à la mise à disposition de ressources suffisantes; d'allouer à la recherche en santé, y compris au renforcement des capacités, au moins 2 % des dépenses nationales de santé et au moins 5 % de l'aide extérieure destinée aux projets et programmes de santé; et de veiller à allouer des ressources suffisantes aux systèmes d'information sanitaire et de gestion des connaissances.

38. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la pertinence du document. Ils ont souligné la nécessité pour les pays membres de renforcer leurs capacités en ressources humaines et de mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre du Cadre. Les disparités entre pays relativement aux niveaux actuels de développement de la recherche, en termes de facteurs ayant un effet sur les activités de recherche dans le secteur de la santé, ont été relevées. Les mécanismes inefficaces de coordination multisectorielle et l'insuffisance du partage de l'information ont été identifiés comme des faiblesses pouvant entraver la mise en œuvre du Cadre. Les nouvelles technologies de la communication disponibles ont également été mentionnées comme moyens potentiels pour réduire l'écart avec les zones éloignées en vue de la mise en œuvre du Cadre.

39. Le Sous-Comité du Programme a fait des recommandations précises concernant le fond et la forme, et le Secrétariat est convenu de les incorporer dans la version finale du document.

40. Le Secrétariat a expliqué que l'Observatoire régional africain est censé être un mécanisme élargi pour le suivi des situations et tendances de santé, et pour le partage et la diffusion des produits d'information (tels que données, profils de pays et notes d'orientation). Le domaine qu'il couvre dépasse la recherche et comprend d'autres questions relatives au système de santé. Il

a été souligné que la recherche pour la santé fait partie des systèmes de santé et les pays devraient être encouragés à promouvoir la recherche sur les systèmes de santé.

41. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : PERSPECTIVES RÉGIONALES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE ET DU PLAN D'ACTION MONDIAUX (document AFR/RC59/PSC/6)

42. Le document rappelle qu'à la suite de l'adoption de la stratégie et du plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle par l'Assemblée mondiale de la Santé, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a souligné, à sa 58^{ème} session, la nécessité d'assurer la synergie dans la mise en œuvre des résolutions et décisions antérieures connexes. Le document propose des mesures aux États Membres, pour examen.

43. Afin d'*établir les priorités et de promouvoir la recherche-développement*, les pays devraient faire la cartographie des initiatives de recherche-développement (R-D) de produits sanitaires et indiquer les lacunes ainsi que les possibilités de développer la R-D; renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire; accorder la priorité aux besoins en matière de santé publique et élaborer des programmes de recherche fondés sur des données factuelles; mettre en place et renforcer les réseaux de chercheurs et d'instituts de recherche pour promouvoir le partage de l'information sur la recherche-développement, les résultats et les innovations. Les pays devraient aussi *renforcer et améliorer la capacité d'innovation* moyennant le renforcement des systèmes de recherche en santé, l'harmonisation des politiques et règlements, la création et le renforcement des centres d'excellence, le développement des capacités des ressources humaines et l'établissement de liens avec des organes scientifiques régionaux et internationaux.

44. En vue d'*appliquer et de gérer la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique*, les pays devraient veiller à ce que l'application et la gestion de la propriété intellectuelle soient plus claires; réviser les politiques, lois et règlements pour tirer parti des sauvegardes relatives à la santé publique; et surveiller les conséquences des accords commerciaux sur l'accès aux produits sanitaires. Pour *renforcer la collaboration avec les organisations internationales et les partenaires concernés*, les pays devraient établir et/ou renforcer des liens de collaboration avec les organisations et les acteurs concernés.

45. Pour *promouvoir le transfert des technologies*, les pays devraient créer un environnement politique et réglementaire favorable; investir davantage dans la science et la technologie; promouvoir le transfert des technologies de R-D et renforcer les capacités de production des médicaments essentiels. Pour *améliorer la distribution et l'accès*, les pays devraient appliquer des politiques et réglementations destinées à renforcer les systèmes d'approvisionnement; surveiller et réglementer le prix des médicaments; promouvoir la compétition sur le marché du médicament; et créer et/ou renforcer les capacités de réglementation et promouvoir la bonne utilisation des produits sanitaires, y compris des produits issus de la pharmacopée traditionnelle.

46. Pour *promouvoir des mécanismes de financement durable*, les pays devraient envisager de fournir et de mobiliser des financements suffisants et durables pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondial. Les pays devraient également *mettre en place des systèmes de suivi et de notification* pour suivre la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux.

47. Le Sous-Comité du Programme a fait observer que la relation entre la propriété intellectuelle, la santé publique et l'innovation est un domaine complexe, mais nécessaire pour assurer l'accès aux produits sanitaires. Bien que différents types de médicaments et d'autres produits soient en circulation, certains États Membres sont préoccupés par leur qualité et ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en place d'organes nationaux de réglementation pharmaceutique. Il est essentiel qu'au sein des pays, un noyau de personnes disposant des connaissances et compétences requises en propriété intellectuelle et en médicaments soit disponible pour induire les changements et impulsions nécessaires pour des avancées sur la question.

48. Le Sous-Comité du Programme a préconisé l'intensification de la communication dans ce domaine afin de renforcer la sensibilisation et l'implication de tous les secteurs, acteurs et communautés. Il a également requis l'appui de l'OMS et des autres partenaires dans la création de centres sous-régionaux et régionaux de contrôle de la qualité des médicaments.

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

50. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité du Programme qu'à la suite de l'adoption de la stratégie et du plan d'action mondiaux sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2008, l'OMS avait été invitée à élaborer des indicateurs et à déterminer le coût de la Stratégie et du Plan d'Action. La Stratégie et le Plan d'Action mis à jour ont été adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009.

51. Le Secrétariat a reconnu qu'il s'agit d'un domaine complexe requérant l'appui de l'OMS et des partenaires. Il a demandé aux États Membres de réviser leurs politiques et lois afin de tirer pleinement parti des clauses de sauvegarde de la santé publique incluses dans l'Accord sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC). Les membres du Sous-Comité du Programme ont été informés que des laboratoires régionaux ont été retenus par l'OMS pour appuyer les États Membres dans le contrôle de la qualité des médicaments, mais jusqu'à présent, les demandes venant des pays sont limitées.

52. Le Secrétariat a informé le Sous-Comité du Programme que la Commission de l'Union africaine (CUA) est engagée à appuyer le développement de la médecine traditionnelle en Afrique, ainsi que la production locale de médicaments. Il est par conséquent important que les pays prennent l'attache de la CUA et des Communautés économiques régionales pour assurer le suivi des efforts en cours.

53. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

BUDGET PROGRAMME DE L'OMS POUR 2010-2011 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/7)

54. Le document rappelle qu'en mai 2009, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011. La résolution permet aux bureaux de l'OMS, à tous les niveaux, d'établir leurs plans de travail pour l'exercice biennal 2010-2011. Le document décrit les priorités de la Région africaine en matière de santé et propose des orientations pour l'exécution du Budget Programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2010-2011.

55. Une analyse des documents de Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays a révélé que les principales priorités régionales en matière de santé sont le renforcement des politiques et systèmes de santé; la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; l'accélération de la riposte aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence, y compris aux catastrophes naturelles ou d'origine humaine; l'amélioration de la santé maternelle et infantile; la lutte contre les maladies tropicales négligées; la maîtrise des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles; et la promotion de l'intensification des interventions éprouvées de santé d'un bon rapport coût/efficacité.

56. La mise en œuvre des budgets programmes précédents a principalement révélé une hausse constante des contributions volontaires, souvent allouées à des actions précises, et aucune augmentation des contributions fixées. Alors que le montant des contributions fixées est connu d'avance et peut donc être facilement affecté, celui des contributions volontaires est plus qu'aléatoire. En outre, l'expérience montre que dans l'exécution du budget programme, des dépenses imprévues interviennent souvent. Par conséquent, il est nécessaire de constituer une réserve sur les contributions fixées, au début de l'exercice biennal, pour faire face aux imprévus.

57. Le document indique que le Budget Programme 2010-2011 se compose de trois sections : i) les programmes de l'OMS, couvrant les activités pour lesquelles l'OMS détient un contrôle budgétaire exclusif; ii) les accords de partenariat et de collaboration (PCA), que l'OMS exécute en collaboration avec des partenaires; iii) la riposte aux flambées épidémiques et aux crises (OCR), couvrant la riposte de l'OMS aux catastrophes naturelles et d'origine humaine. Le budget global approuvé pour les programmes de l'OMS, compte non tenu des fonds destinés à la riposte aux flambées épidémiques, aux crises et aux partenariats, s'élève à US \$3 367 907 000. La Région africaine recevra US \$925 684 000, soit 27 % du budget global de l'OMS. En termes de sources de financement, un montant de US \$209 600 000 (soit 23 %) proviendra des contributions fixées, et un montant de US \$ 716 084 000 (77 %) des contributions volontaires.

58. La Région africaine bénéficiera d'une allocation budgétaire supplémentaire pour les accords de partenariat et de collaboration, et le budget consacré à la riposte aux flambées épidémiques et aux crises sera alimenté par les contributions volontaires. Il s'agit respectivement de US \$256 430 000 et de US \$80 750 000. Ainsi, l'allocation budgétaire totale de la Région africaine s'élève à US \$1 262 864 000, soit 83 % en contributions volontaires et 17 % en

contributions fixées. Les bureaux de pays de l'OMS recevront 64 % des fonds régionaux et le Bureau régional, y compris les Équipes d'appui interpays, recevra 36 % des fonds. Étant donné que les allocations destinées aux Équipes d'appui interpays doivent être dépensées dans les pays, la part du montant total qui sera dépensée dans les pays s'élève à 81 %. Le solde de 19 % constitue donc la part réelle qui sera dépensée au niveau du Bureau régional.

59. La répartition proposée du budget par objectif stratégique traduit l'importance que l'on attache aux maladies transmissibles (objectif stratégique 1 : 34 % du budget), en particulier au partenariat mondial et à l'engagement envers l'éradication de la poliomyélite. Avec 16 % du budget proposé, la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (objectif stratégique 2) se voit accorder la deuxième place. L'action du Secrétariat de l'OMS, y compris le renforcement de la présence de l'Organisation dans les pays membres (objectifs stratégiques 12 et 13), recevra 14 % du budget programme.

60. Les membres du Sous-Comité du Programme se sont félicités de la pertinence des informations contenues dans le document. Ils ont exprimé leur préoccupation concernant les 13 % prélevés par l'OMS sur les contributions volontaires pour les dépenses d'appui au programme. Le Sous-Comité du Programme a demandé des éclaircissements concernant les critères d'allocation budgétaire aux pays, l'utilisation des fonds destinés à la grippe aviaire et l'allocation des fonds pour la célébration des journées de la santé. Il a insisté sur l'importance d'accorder une attention accrue à la grippe A(H1N1), aux maladies non transmissibles, y compris les facteurs de risque, la drépanocytose, les traumatismes et les accidents de la circulation, la santé maternelle et infantile, et le renforcement des systèmes de santé. Le Sous-Comité a pris note de ce que l'OMS n'est pas un organisme de financement et a donc invité instamment l'Organisation à centrer ses efforts sur des mesures susceptibles de faciliter la mise en œuvre des plans et stratégies nationaux.

61. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions et commentaires pertinents. Il a fait observer que le Budget Programme pour 2010-2011 ayant déjà été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, la marge de manœuvre concernant la répartition des allocations s'en trouve restreinte et qu'il fallait, par conséquent, centrer les débats sur la mise en œuvre du budget.

62. S'agissant de la répartition des allocations budgétaires aux pays, le Secrétariat a expliqué que les critères utilisés comprennent les besoins des pays, l'expérience précédente en matière d'utilisation du budget, les intérêts des divers partenaires et les paramètres du dispositif mondial de validation de l'OMS. Pour ce qui est des 13 % attribués aux dépenses d'appui au programme, le Secrétariat a expliqué que le pourcentage a été établi par une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé pour couvrir les frais d'appui à la mise en œuvre du programme. Cependant, l'expérience acquise au cours des ans montre que le Secrétariat ne recouvre que 6 % à 7 %.

63. Le Secrétariat a reconnu l'importance des maladies non transmissibles et a informé le Sous-Comité du Programme des efforts en cours pour obtenir des données reposant sur des bases factuelles sur les maladies non transmissibles pour les actions de sensibilisation et pour appuyer les pays dans l'élaboration de plans et la mobilisation de ressources. S'agissant de l'utilisation

des fonds mobilisés pour la grippe aviaire, le Secrétariat a expliqué que ce financement servait à renforcer les systèmes de surveillance et les capacités des laboratoires, ainsi qu'à la formation, à la préparation et à la riposte aux épidémies.

64. Le Secrétariat a insisté sur le fait que le budget programme couvre principalement l'exécution des fonctions essentielles de l'OMS (coopération technique; rôle normatif; plaidoyer; production et partage de l'information, etc.). Les pays sont exhortés à mobiliser des fonds supplémentaires auprès de sources nationales et d'autres partenaires pour le renforcement des systèmes de santé, la santé maternelle et infantile, la promotion de la santé et les maladies non transmissibles, y compris le diabète, les traumatismes, la drépanocytose, le cancer, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. Le déséquilibre entre contributions volontaires et contributions fixées et le caractère imprévisible des contributions volontaires constituent de réels défis pour l'OMS. Le Secrétariat a indiqué que l'application du Système mondial de gestion (GSM) devrait améliorer la transparence, l'efficacité et l'efficience des activités de l'Organisation.

65. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

PHARMACORÉSISTANCE CONCERNANT LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME : ENJEUX, DÉFIS ET PERSPECTIVES (document AFR/RC59/PSC/8)

66. Le document rappelle qu'à sa cinquante-troisième session tenue en 2003, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose. Toutefois, bien qu'il y ait eu des améliorations dans l'accès aux traitements, les résultats positifs obtenus sont compromis par l'apparition de formes pharmacorésistantes d'infection à VIH, de tuberculose et de paludisme. Le principal objet du document est de proposer aux États Membres des mesures relatives à la prévention et à la lutte contre la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine.

67. Le document note que la nécessité d'entreprendre le traitement antirétroviral (TAR) pendant toute la durée de la vie et les taux élevés de réplication et de mutation du VIH signifient que le phénomène de pharmacorésistance pourrait apparaître même chez des personnes suivant un traitement approprié et s'y conformant. Selon les estimations faites dans le cadre d'enquêtes récentes couvrant des centres de soins prénatals dans plusieurs pays de la Région africaine, la résistance à toutes les catégories d'antirétroviraux est de moins de 5 %. En 2007, 27 pays ont notifié des cas de tuberculose MR, et six ont notifié au moins un cas de tuberculose UR. À la suite de la résistance généralisée à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), tous les pays de la Région dans lesquels le paludisme est endémique, à l'exception de deux, ont changé de politique de traitement pour adopter les associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Jusqu'à présent, il n'y a pas de résistance confirmée aux ACT dans la Région africaine.

68. Les principaux défis sont liés à la faiblesse des systèmes de santé, et notamment à l'accès limité aux services de santé, aux insuffisances des systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks, aux capacités limitées des infrastructures de laboratoire, au manque général de contrôle de l'infection au niveau des communautés et des établissements de santé, à l'insuffisance des ressources humaines, et aux problèmes de logistique.

69. Les mesures proposées comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies permettant d'améliorer l'accès à un diagnostic correct et à un traitement précoce efficace; le développement des capacités humaines nécessaires pour la prévention et la prise en charge de la pharmacorésistance; le renforcement des réseaux nationaux et infranationaux de laboratoires de santé pour la surveillance de la pharmacorésistance; le renforcement de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la mise en place de systèmes de surveillance de la pharmacorésistance et de l'efficacité des médicaments; la mise en œuvre de mesures de lutte contre la tuberculose MR et la tuberculose UR; le plaidoyer en faveur de la recherche et de la mise au point de nouveaux outils de diagnostic et médicaments; et la mobilisation de ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la pharmacorésistance, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

70. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la qualité du document. Ils ont souligné la nécessité pour les pays de renforcer les capacités des laboratoires aux fins de prévention et de surveillance de la pharmacorésistance, de renforcer les capacités en ressources humaines, d'améliorer les systèmes d'approvisionnement et de gestion des médicaments, et de promouvoir l'observance des traitements par les patients, en tant qu'interventions clés concourant à la prévention et à la surveillance de la pharmacorésistance. Ils ont également souligné que les pays doivent établir les priorités parmi les mesures proposées, en fonction de leurs réalités.

71. Les délégués ont partagé les expériences des pays sur des cas de nouvelles infections à souches de VIH résistantes aux médicaments de première intention et sur leurs effets négatifs quant à l'accessibilité des médicaments de seconde intention et à la prise en charge des cas. La nécessité de renforcer les lois pour prévenir la prolifération des médicaments de contrefaçon a été soulignée.

72. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur préoccupation devant l'émergence du paludisme résistant à la sulfadoxine-pyriméthamine et aux ACT en Asie orientale et méridionale. Ils ont fait observer que le diagnostic excessif du paludisme est une question sérieuse et ont demandé davantage de bases factuelles pour améliorer la prise en charge des cas dans les pays. Ils ont aussi exprimé des préoccupations au sujet de la préparation locale de certains médicaments sur la base de formules de la médecine traditionnelle aboutissant à des doses insuffisantes. Ils ont en outre souligné la nécessité de concentrer les efforts sur la prise en charge syndromique du paludisme, en tenant compte des faibles capacités en termes de diagnostics de laboratoire, particulièrement dans les zones reculées, jusqu'à ce que des tests de diagnostic rapides soient disponibles.

73. En ce qui concerne la pharmacorésistance à la tuberculose, les faibles capacités des laboratoires, en termes de diagnostic de la tuberculose MR et de la tuberculose UR, ont été mises en exergue. Il a été suggéré d'étendre les mesures de lutte contre la transmission des infections pour couvrir non seulement la tuberculose MR et la tuberculose UR, mais aussi d'autres maladies.

74. Le Secrétariat a reconnu la pertinence des commentaires des membres du Sous-Comité du Programme et est convenu de les inclure dans la version finale du document. Il a invité les pays à partager les données disponibles sur les nouvelles infections à souches de VIH résistantes aux médicaments de première intention, ainsi que sur l'utilisation de formules de la médecine traditionnelle pour le traitement du paludisme. Le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité qu'en ce qui concerne la production des bases factuelles nécessaires, l'appui technique sera disponible, sur demande.

75. Pour ce qui est de la menace de l'émergence de la résistance aux ACT en Asie du Sud-Est, le Secrétariat a informé les membres du Sous-Comité que l'OMS, en collaboration avec les pays touchés et les partenaires, apporte son appui à la mise en œuvre d'une stratégie d'endigement.

76. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/1) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/9)

77. Le document rappelle que 86 % des épisodes de paludisme et 91 % des décès dus à cette maladie à l'échelle mondiale sont enregistrés dans la Région africaine. Il fait référence à l'engagement en faveur de la lutte antipaludique, qui a abouti à l'appel du Secrétaire général des Nations Unies pour une couverture universelle des interventions antipaludiques d'ici 2010 pour toutes les personnes à risque du paludisme.

78. Le document indique qu'avec un taux de couverture élevé du paquet complet d'interventions de prévention et de lutte contre le paludisme, il est possible d'obtenir une réduction rapide du fardeau du paludisme, comme cela a été mis en évidence en Afrique du Sud, au Botswana, en Érythrée, en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe, et au Swaziland. Le passage de la phase de contrôle du paludisme (c'est-à-dire ramener le fardeau du paludisme à un niveau où il n'est plus un problème de santé publique) à la phase de son élimination (interruption de la transmission locale du paludisme par les moustiques) devrait être considéré comme un processus continu.

79. Les défis à relever par les pays sont notamment l'absence de politiques et de stratégies exhaustives; les retards entre l'adoption des politiques et leur mise en application; la qualité de la mise en œuvre des interventions ; les capacités limitées en ressources humaines; et la faiblesse des systèmes de santé qui a un impact négatif sur la performance des programmes. Les insuffisances dans l'harmonisation et l'alignement par les partenaires, et dans la mobilisation et l'utilisation des ressources sont préjudiciables à l'intensification des interventions.

80. Le document indique que, pour les pays situés dans des zones de transmission stables, il est nécessaire d'avoir une phase de consolidation avant de procéder à la réorientation du programme vers la pré-élimination en recourant à l'approche STEP, puis vers l'élimination et la prévention de la réintroduction de la transmission du paludisme.

81. Les mesures proposées comprennent l'actualisation des politiques et des plans stratégiques; le renforcement des programmes nationaux de lutte contre le paludisme; l'amélioration des systèmes d'achat et d'approvisionnement en produits antipaludiques; l'accélération de la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves aux fins de couverture universelle et d'impact; la consolidation de la lutte dans les pays où le paludisme est endémique; le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; le passage de la lutte à la pré-élimination et à l'élimination lorsque les circonstances s'y prêtent; l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation par tous les partenaires; la mobilisation de ressources suffisantes; et le renforcement de la recherche.

82. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour la qualité et la pertinence du document. Il a été noté que le document ne parlait pas du Dispositif pour des médicaments accessibles - paludisme (DMAp). Le risque d'adopter une approche verticale a été un sujet de préoccupation, et il a été recommandé que l'intégration des programmes, au cours de la mise en œuvre, occupe une large place dans le document. La nécessité de renforcer les ressources humaines et les capacités des laboratoires, de même que d'intensifier les interventions, a été soulignée. Il a été demandé aux pays de tenir compte de l'état actuel de mise en œuvre et de réalisation des résultats, avant d'envisager les transitions du programme vers la lutte, la consolidation et l'élimination.

83. Le risque de diagnostic excessif du paludisme, dans le contexte d'une application inappropriée de l'approche syndromique, a été examiné, et la nécessité de faire état du traitement présomptif dans les lignes directrices pour le traitement des jeunes enfants aux niveaux périphériques a été recommandée. L'application de méthodes synergistiques pour la lutte anti-vectorielle intégrée a été soulignée. L'importance des approches à assise communautaire, la mobilisation sociale et le rôle de la recherche comportementale dans l'intensification du recours aux interventions d'un bon rapport coût/efficacité a été notée. Le Sous-Comité du Programme a sollicité des éclaircissements sur le traitement préventif intermittent chez le nourrisson (TPIIn), le traitement préventif intermittent chez l'enfant (TPIe), et la situation actuelle de l'utilisation du DDT dans la lutte contre le vecteur du paludisme.

84. En réponse, le Secrétariat a expliqué que le document avait pour but de sensibiliser les pays à l'urgence d'intensifier les interventions antipaludiques, en se basant sur les progrès réalisés dans certains pays, et de stimuler la réponse à l'intérêt mondial croissant et aux possibilités de financement. La nécessité d'assurer l'appropriation par les pays et la coordination a été également soulignée. Les directives générales sur le TPIe et le TPIIn seraient basées sur une consultation technique d'experts, après un examen complet des résultats de la recherche, en tenant compte des considérations de sécurité, de rentabilité et de faisabilité dans des environnements épidémiologiques précis.

85. Le Secrétariat a indiqué qu'en collaboration avec le Partenariat Faire reculer le paludisme, l'OMS continuerait de fournir aux pays un appui technique durant la phase I du DMAP. Le Secrétariat a également noté que le DDT restait reconnu en tant qu'insecticide efficace pour la lutte anti-vectorielle. L'importance qu'il y a de conserver le traitement préventif et l'approche syndromique pour la prise en charge des cas dans les principes directeurs et les outils à utiliser, notamment, au niveau périphérique, a été réitérée. Le Secrétariat a souligné l'importance d'une administration générale énergique des pays et d'une coordination de tous les intéressés, y compris les partenaires, pour améliorer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. De plus, le Secrétariat a souligné la nécessité pour les États Membres de renforcer leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme, et notamment d'avoir en place les ressources humaines essentielles pour couvrir tous les principaux domaines stratégiques de la lutte contre le paludisme aux niveaux central et décentralisé. L'accent a été mis sur la nécessité de disposer de mécanismes et de structures efficaces pour garantir la performance des programmes, la transparence et le sens des responsabilités conformément aux «Trois principes».

86. Le Secrétariat est convenu d'amender le document de façon à incorporer les recommandations du Sous-Comité du Programme.

87. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/2) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

S'ATTAQUER AUX MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC59/PSC/10)

88. Le document indique que le Programme régional des maladies tropicales négligées (MTN) accorde la priorité à neuf maladies bactériennes et parasitaires. Une seule maladie (Ver de Guinée) a été ciblée pour être éradiquée, quatre maladies (lèpre, filariose lymphatique, onchocercose, trypanosomiase humaine africaine) ont été ciblées pour être éliminées, tandis que trois maladies (schistosomiase, ulcère de Buruli, pian) ont été ciblées pour le contrôle. On estime que les MTN affectent un milliard de personnes dans le monde, 90 % du fardeau total de ces maladies revenant à l'Afrique.

89. La prévalence de la filariose lymphatique a été réduite après la mise en place d'une chimioprophylaxie préventive pour plus de 53 millions de personnes dans la Région, dans le cadre de la stratégie de traitement à base communautaire. La prévalence du ver de Guinée est passée de 3,5 millions de cas en 1985 à 3 770 cas en 2007. La lèpre avait été éliminée au niveau national dans les 46 États Membres à la fin de l'année 2007.

90. En dépit de ces résultats significatifs, la Région est toujours confrontée à des défis tels que le faible taux de couverture des interventions, notamment dans les zones rurales qui ne sont pas d'accès facile; la promotion inadéquate de la mise en œuvre intégrée d'interventions ciblant des maladies précises et de la mise en œuvre conjointe d'activités avec d'autres interventions à base communautaire; la non-disponibilité de médicaments appropriés; les capacités limitées en termes de ressources humaines compétentes; et l'insuffisance des ressources financières.

91. Les mesures proposées sont notamment le renforcement des systèmes de santé; le renforcement du leadership et de l'appropriation; la rationalisation et le renforcement des systèmes nationaux de gestion des médicaments; le renforcement des activités d'appui; l'intensification des interventions pour l'éradication du ver de Guinée; la réorganisation et le renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation; la collaboration avec les partenaires pour intensifier la recherche opérationnelle et clinique; l'organisation de visites conjointes pour le plaidoyer et l'élaboration de stratégies efficaces de plaidoyer.

92. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement le document, vu l'impact négatif des MTN sur les groupes vulnérables. Ils ont sollicité des éclaircissements sur la définition des MTN, utilisée dans le document, et demandé qu'un accent soit mis sur la réduction de la pauvreté et la réduction et/ou l'élimination de la stigmatisation au sein des groupes marginalisés tels que les pygmées, comme moyen de faire face au fardeau des MTN. Le Sous-Comité du Programme a également fait remarquer qu'il était nécessaire de renforcer la collaboration interpayes et transfrontalière, dans le cadre de la mise en œuvre des diverses interventions ayant trait aux MTN. Le Sous-Comité du Programme a reconnu qu'il importe de faire intervenir des communautés économiques régionales dans les interventions ciblant les MTN.

93. En ce qui concerne les mesures proposées, les membres du Sous-Comité du Programme ont indiqué que le renforcement des systèmes de santé devrait être la principale mesure à prendre par les États Membres et que les autres mesures devraient alors suivre. Un accroissement de la participation communautaire aux interventions MTN a été conseillé. Le Sous-Comité du Programme a préconisé le renforcement des systèmes de surveillance systématique pour toutes les MTN. Les États Membres ont été invités à promouvoir la recherche sur les nouvelles thérapies et stratégies, étant donné que les thérapies existantes sont dans certains cas associées à de graves effets secondaires.

94. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité du Programme de l'intérêt manifesté à l'égard du document et a souligné qu'il est nécessaire que les membres du Sous-Comité du Programme plaident auprès de leurs gouvernements respectifs pour qu'ils accordent la priorité voulue aux MTN dans leurs programmes d'action en faveur de la santé. Il a été indiqué que la définition proposée serait revue afin d'inclure tous les éléments essentiels. Le Secrétariat a indiqué que le document serait révisé pour y inclure les contributions du Sous-Comité du Programme.

95. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ORIENTATIONS GÉNÉRALES POUR LA CRÉATION DE CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE, LES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA RÉGLEMENTATION ALIMENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (document AFR/RC59/PSC/11)

96. Le document définit les centres d'excellence pour la surveillance et la lutte contre la maladie (CEDSC) comme « *un réseau d'établissements de santé sélectionnés pour appuyer la surveillance de la maladie, les services de laboratoire et de réglementation alimentaire et*

pharmaceutique ». La sélection de ces établissements est basée sur une série de critères tels que l'expérience, les résultats, la qualité, l'efficacité et l'efficacités. L'objectif général des CEDSC est d'appuyer les efforts en cours visant à renforcer les capacités nationales essentielles pour la surveillance de la maladie, y compris, l'application du Règlement sanitaire international, les services de laboratoire de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique, par l'amélioration de la collaboration et de la coopération au sein d'un même État Membre et entre les États Membres.

97. L'absence d'une politique nationale et d'un cadre juridique pour guider la création de CEDSC et la faiblesse des systèmes de santé sont les obstacles majeurs à la création de ces centres et à la prestation subséquente de services de surveillance de la maladie, de laboratoire, et de réglementation alimentaire et pharmaceutique de qualité. La majorité des États Membres ont des capacités limitées ou inexistantes pour contrôler et réglementer l'importation d'aliments et de médicaments, ce qui se traduit par une prolifération des ventes de médicaments et de produits alimentaires de mauvaise qualité sur le marché ouvert.

98. Les mesures proposées consisteront notamment à conduire une évaluation des ressources nationales disponibles, à élaborer des politiques nationales exhaustives et des cadres juridiques sur les CEDSC, à entreprendre le plaidoyer auprès des directions et ministères pertinents sur la nécessité de créer un CEDSC intégré, à élaborer des plans nationaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, et à assurer le financement et la viabilité des centres.

99. Les membres du Sous-Comité du Programme ont accueilli favorablement les orientations proposées pour la création des centres d'excellence. Ils ont souligné que tous les pays n'auront pas la capacité de mettre en place leur propre centre d'excellence et ont insisté sur la nécessité d'une collaboration entre les États Membres dans ce domaine, particulièrement au niveau sous-régional. Dans le cadre de ces efforts, le rôle des communautés économiques régionales est considéré comme essentiel.

100. Des clarifications ont été sollicitées sur le type de centre d'excellence proposé, étant donné la situation actuelle où les différentes fonctions relatives à la surveillance de la maladie, aux laboratoires de santé publique, et à la réglementation alimentaire et pharmaceutique sont remplies par des institutions relevant de différents secteurs et fonctionnant sous divers organes de réglementation. Les membres du Sous-Comité ont reconnu la nécessité d'entreprendre des évaluations initiales des principales capacités et compétences pour orienter la création des centres d'excellence. Ils ont encouragé les États Membres et l'OMS à partager les résultats de ces évaluations. Le processus de création de ces centres devrait inclure le renforcement institutionnel des capacités humaines, financières, techniques et logistiques.

101. Les membres du Sous-Comité ont demandé à l'OMS de plaider auprès des autorités nationales pour qu'elles facilitent l'intégration des différentes fonctions de recherche pour la santé et de surveillance qui pourraient exister sous diverses structures au sein de différents ministères. Le principe de l'intégration de la réglementation alimentaire et pharmaceutique à la surveillance de la maladie et aux laboratoires de santé publique a été remis en question, et il a été suggéré de séparer ces fonctions.

102. En réponse, le Secrétariat a insisté sur le fait que la création des centres d'excellence est une initiative très importante couvrant des domaines prioritaires qui aideraient à se préoccuper du fardeau des maladies transmissibles, de la détection et de la réaction précoces face aux épidémies, et du contrôle de la qualité des aliments et des médicaments. En guise d'éclaircissements, l'objectif n'est pas de renforcer les capacités dans tous les domaines au même endroit, mais de s'appuyer sur les capacités existantes, de maximiser la complémentarité en fonction du contexte épidémiologique, et d'améliorer la fonctionnalité par l'utilisation efficace de réseaux.

103. Le Secrétariat a rappelé que la Déclaration d'Alger de 2008 sur la Recherche pour la Santé a demandé à l'OMS d'appuyer la création de centres d'excellence sous-régionaux et régionaux, afin de développer la recherche pour la santé. Cet appel figure également dans l'Appel à l'Action de Bamako de 2008 sur la recherche en santé. À cette fin, le Secrétariat a pris des contacts initiaux avec certains pays. La nécessité pour les États Membres d'accorder la priorité à la recherche, d'investir davantage dans les capacités en ressources humaines et les technologies, et de mobiliser des ressources supplémentaires pour la recherche, a été soulignée.

104. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/3) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE ACTUELLE (document AFR/RC59/PSC/12)

105. Le document indique que la rapide transmission interhumaine actuelle du virus A(H1N1) qui a émergé récemment, ajoutée à sa propagation dans 41 pays en un mois, a suscité des inquiétudes quant à l'imminence d'une prochaine pandémie de grippe. Au 20 mai 2009, 10 587 cas confirmés, dont 84 décès, avaient été notifiés à l'échelle mondiale. Neuf pays de la Région africaine (Afrique du Sud, Bénin, Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Seychelles et Tanzanie) ont signalé des cas suspects, même si aucun cas n'avait encore été confirmé en laboratoire.

106. Dans le cadre de la riposte organisée par l'OMS à l'échelle mondiale, le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied des comités de gestion de la crise aux niveaux du Bureau régional, des équipes d'appui interpays et des bureaux de pays. En outre, l'OMS a envoyé plus d'un million de doses d'oseltamivir, un médicament antiviral, et des équipements de protection individuelle (PPE) à tous les pays de la Région. Les États Membres de la Région ont réagi à la menace de pandémie en réactivant leurs comités de gestion des épidémies et sont en train d'actualiser leurs plans de préparation et de riposte. Aussi bien lors de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine que lors de la Réunion extraordinaire des Ministres de la Santé de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale, qui s'est tenue à Kinshasa du 9 au 11 mai 2009, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à mobiliser les ressources nécessaires pour atténuer les effets potentiels d'une pandémie de grippe en Afrique.

107. Les principaux enjeux et défis que doivent relever les États Membres sont les suivants: les effets négatifs potentiels d'une grippe pandémique sur les populations et sur les systèmes de santé de la Région africaine; la sensibilisation limitée du public aux questions de santé; l'inadéquation de la planification et de la préparation; les systèmes limités de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation, y compris le fait que le Règlement sanitaire international (2005) n'est pas pleinement appliqué; les capacités limitées des laboratoires; la coordination inadéquate des activités de riposte; l'inadéquation de la lutte contre la transmission des infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et la mobilisation et l'allocation insuffisantes de ressources.

108. Les mesures proposées pour permettre aux États Membres de se préparer aux effets d'une éventuelle pandémie de grippe et de les atténuer comprennent : l'atténuation de leur impact potentiel sur les populations et les systèmes de santé; la sensibilisation accrue du public aux questions de santé; le renforcement de la planification et de la préparation; l'intensification de toutes les composantes des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la situation; la prise en considération des capacités de laboratoire limitées pour le dépistage; la coordination efficace des activités de riposte; le renforcement de la lutte contre la transmission des infections dans les établissements de santé et dans les communautés; et l'amélioration des mécanismes de mobilisation et d'allocation de ressources.

109. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour l'importance du document et l'OMS pour son rôle moteur dans le plaidoyer, le partage de l'information exacte et à jour sur l'évolution de la situation, la distribution de lignes directrices techniques et la fourniture de stocks initiaux d'oseltamivir (Tamiflu), dans le contexte actuel d'une pandémie potentielle.

110. Des informations concernant les mesures mises en place par les pays pour se préparer et riposter à une éventuelle pandémie ont été échangées. Des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne le niveau de sensibilisation; la possibilité de disposer de fonds spécifiques pour mettre en œuvre les plans nationaux actualisés de préparation et de riposte; la disponibilité de stocks suffisants d'oseltamivir; la disponibilité de formulations pédiatriques; la disponibilité de lignes directrices sur la prise en charge des cas; et l'apparition potentielle d'une pharmacorésistance à l'oseltamivir, en raison d'une mauvaise utilisation et des médicaments contrefaits.

111. Les membres du Sous-Comité du Programme ont mis l'accent sur la nécessité de veiller à un engagement politique de haut niveau pour la collaboration et la coordination multisectorielle, interpays et sous-régionale; l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement; et l'accroissement de la sensibilisation du public. Un engagement politique de haut niveau favoriserait également l'accroissement des ressources et la mobilisation des fonds, y compris la création d'un fonds africain par les États Membres pour la gestion des épidémies. La nécessité de renforcer la surveillance, la recherche et les capacités de laboratoire et d'organiser des exercices de simulation, dans le cadre de la préparation et de la riposte aux épidémies, a été réitérée. Les membres ont également reconnu la nécessité de maintenir la vigilance et la préparation entre les épidémies et les pandémies.

112. Le Secrétariat a enregistré les commentaires faits par les membres du Sous-Comité du Programme et est convenu d'utiliser les suggestions proposées pour enrichir le document. Le Secrétariat a fait savoir à la réunion que l'Union africaine a abordé ce thème et un communiqué sur le sujet a été publié par la quatrième session ordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine. Même s'il n'a pas été perçu de fonds pour la prévention et la lutte contre l'épidémie en cours, des efforts sont déployés pour mobiliser des ressources à la suite de promesses faites à l'échelle mondiale. Le rôle catalyseur des fonds mis à disposition par l'OMS a été souligné, et les pays devraient intensifier leurs efforts pour mobiliser des ressources financières supplémentaires.

113. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé et le projet de résolution préparé sur le sujet (AFR/RC59/PSC/WP/4) à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA RÉUNION DES DÉLÉGATIONS DE LA RÉGION AFRICAINE À L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET AU CONSEIL EXÉCUTIF (document AFR/RC59/PSC/13)

114. Le document rappelle la mise en œuvre des termes de référence de la Réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif.

115. Le document note qu'il est nécessaire de renforcer la coordination entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Groupe africain à Genève et l'Union africaine (UA), en ce qui concerne la participation des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. L'importance de parler d'une seule voix au nom de l'Afrique et d'améliorer la qualité des interventions au cours des débats sur la santé mondiale a été soulignée.

116. Lors de la quatrième session ordinaire de leur Conférence tenue à Addis Abeba en mai 2009 les Ministres de la Santé de l'Union africaine ont recommandé que la répartition des tâches aux États Membres devant prendre la parole au nom de l'Afrique lors de l'Assemblée mondiale de la Santé se fasse selon les lois et règlements de l'UA. Le présent document examine la question de la coordination et revient sur le document AFR/RC57/INF.DOC/5 qui confie au Coordonnateur du Groupe africain la tâche d'assigner des responsabilités sur des points choisis de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale et du Conseil exécutif, en consultation avec l'UA. Par conséquent, les paragraphes 2.1 et 3.1 du document ont dû être révisés pour refléter les recommandations de l'UA.

117. Les membres du Sous-Comité du Programme, reconnaissant le rôle premier de l'OMS en tant qu'organisme chef de file en matière de santé, ont proposé d'amender les articles 2.1 et 3.1 pour refléter ce rôle de coordination lors des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Il a également été observé que les autres pays africains ont tendance à prendre la parole sur les points de l'ordre du jour retenus avant le pays désigné à cet effet. Il est nécessaire de corriger cette situation. Des préoccupations ont également été soulevées concernant le caractère réaliste des délais proposés dans le document, et des éclaircissements sollicités sur les mécanismes en place pour tenir compte, de manière coordonnée, des contributions venues en retard des États Membres.

118. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité pour leurs commentaires et contributions et a fait observer qu'il est important de différencier le rôle technique de l'OMS du mandat politique de l'UA. En ce qui concerne les délais, le Secrétariat a fait savoir que les propositions avancées sont faisables.

119. Pour garantir que le pays désigné interviendra avant les autres États Membres africains, le Secrétariat a assuré le Sous-Comité du Programme qu'une liste des pays désignés serait soumise aux présidents des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Les questions nouvelles et les situations urgentes seront abordées lors des réunions de coordination organisées au cours des sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif.

120. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

VERS L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE DANS LA RÉGION AFRICAINE D'ICI 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)

121. Le document indique que la réduction de la mortalité rougeoleuse contribue substantiellement à l'atteinte du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4), et que le taux de couverture de la vaccination anti-rougeoleuse systématique est un indicateur clé pour mesurer les progrès vers l'atteinte de cet objectif. Grâce à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région africaine, le nombre estimé de décès par rougeole a diminué de 89 % entre 2000 et 2007. Ceci est en grande partie dû aux améliorations de la couverture vaccinale systématique et à la vaccination de 396 millions d'enfants contre la rougeole, dans le cadre des activités de vaccination supplémentaire (AVS) entre 2001 et 2008. Le rôle crucial de l'Initiative contre la rougeole, qui a aidé à mobiliser des ressources financières et a apporté un soutien technique à la Région africaine, a été salué.

122. À la suite de ces succès, le Groupe consultatif technique africain sur la rougeole a proposé l'adoption de cibles de pré-élimination pour procéder par étapes vers l'élimination de la rougeole. Par élimination de la rougeole, l'on entend l'absence de cas endémiques sur une période de douze mois ou plus, en se basant sur une surveillance appropriée et la satisfaction des critères suivants : réaliser et pérenniser une couverture d'au moins 95 % à la fois par une première dose de vaccin anti-rougeoleux et une deuxième possibilité de vaccination dans tous les districts et au niveau national; avoir moins de 10 cas confirmés dans plus de 80 % des flambées de rougeole ou plus; et parvenir à une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé pour un million d'habitants par an.

123. Les principales difficultés qu'il reste à surmonter pour éliminer la rougeole dans la Région africaine sont la persistance d'une incidence élevée et des flambées de rougeole à grande échelle dans certains pays, la nécessité d'un engagement continu des États Membres, l'accès insuffisant aux services de vaccination qui sont par ailleurs de faible qualité, l'exécution peu satisfaisante de la surveillance, et la faible qualité des données de suivi de la couverture vaccinale.

124. Les mesures proposées sont notamment les suivantes : renforcer les systèmes de vaccination; atteindre des taux de couverture élevés lors de la vaccination systématique et des

activités de vaccination supplémentaire ; remédier aux lacunes de la surveillance et à la faible qualité des données; œuvrer en faveur de l'appropriation nationale et de la participation communautaire; et se fixer l'objectif de l'élimination de la rougeole d'ici 2020. Le document invite les partenaires à continuer à appuyer les États Membres en mobilisant les ressources nécessaires pour parvenir à éliminer la rougeole.

125. Les membres du Sous-Comité du Programme ont félicité le Secrétariat pour avoir inclus ce document opportun et pertinent dans l'ordre du jour de la réunion. Ils ont reconnu les progrès considérables en ce qui concerne l'augmentation de la couverture vaccinale et la réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région. Même si les pays se trouvent à des stades différents de la lutte anti-rougeoleuse, les membres du Sous-Comité du Programme estiment qu'il ne faut pas pour autant s'empêcher de fixer un objectif d'élimination.

126. Les sujets de préoccupation sont les poches de faible couverture; l'inaccessibilité de certaines régions géographiques; les interruptions de la chaîne du froid; les rapports faisant état récemment de flambées rougeoleuses importantes dans certains pays; et les changements récents du schéma épidémiologique de la rougeole, avec une grande proportion d'enfants plus âgés et d'adultes touchés par la maladie. Les membres du Sous-Comité du Programme ont indiqué qu'il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé et de mobiliser des ressources additionnelles pour que la couverture vaccinale dépasse 85 %. Ils ont également mis en valeur l'expérience de certains pays qui montre qu'intégrer les activités dans un ensemble (surtout les AVS) contribue à améliorer la rentabilité et l'impact des interventions.

127. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leurs contributions et a recommandé que la Région africaine adopte l'objectif de l'élimination, avec l'appui des partenaires internationaux et locaux. En mai 2009, le Conseil exécutif de l'OMS a examiné un document sur l'élimination mondiale de la rougeole et évalué les progrès réalisés dans chacune des régions. La faisabilité de l'élimination mondiale de la rougeole (rapport coût/efficacité, rôle de la vaccination systématique, systèmes de santé) est à l'étude, et les résultats seront présentés au Conseil exécutif en 2010. Dans ce contexte, la discussion sur un objectif régional africain d'élimination placerait la Région dans la perspective globale d'élimination de la rougeole. Bien que certains obstacles – logistique, financement, systèmes de santé et autres - à l'atteinte de cet objectif dans la Région africaine demeurent, les membres du Sous-Comité du Programme ont salué les succès considérables de ces dernières années dans la lutte contre la rougeole.

128. Le Sous-Comité du Programme est convenu de soumettre le document amendé à la cinquante-neuvième session du Comité régional, pour adoption.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME, Y COMPRIS DES PROJETS DE RÉSOLUTIONS (document AFR/RC59/PSC/15)

129. Après avoir examiné le rapport, procédé à des débats et apporté des amendements au texte, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport ainsi que quatre projets de résolutions qui seront soumis au Comité régional à sa cinquante-neuvième session en août 2009. Les résolutions portaient sur les points suivants : a) Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le

paludisme: enjeux, défis et perspectives (AFR/RC59/WP/1); b) Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (AFR/RC59/WP/2); c) Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (AFR/RC59/WP/3); d) Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte d'une pandémie de grippe actuelle (AFR/RC59/WP/4).

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

130. Le Sous-Comité du Programme a décidé que le Président et le Vice-Président présenteraient le rapport de la réunion au Comité régional.

CLÔTURE DE LA RÉUNION

131. Le Directeur régional a remercié le Gouvernement du Gabon pour son hospitalité qui a substantiellement contribué à la réalisation des objectifs de la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active à la réunion et pour l'excellente qualité de leurs contributions. Il a indiqué que les membres du Sous-Comité du Programme ont examiné minutieusement et fait des observations sur les documents techniques qui seront soumis au Comité régional à sa cinquante-neuvième session qui se tiendra en août 2009 à Kigali (Rwanda). Le Directeur régional a enfin remercié le Secrétariat, les interprètes et tout le personnel d'appui pour leur contribution au succès de la réunion.

132. Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publiques du Gabon, M. Idriss Ngari, qui a pris part à la cérémonie de clôture de la réunion au nom du Gouvernement du Gabon, a remercié l'OMS pour l'occasion offerte à son pays d'abriter la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité du Programme et félicité le Directeur régional pour son engagement à assurer le succès des travaux du Comité régional. Il a ensuite souhaité aux participants un bon voyage retour dans leurs pays respectifs.

133. Le Président a informé les participants de l'expiration du mandat du Botswana, du Burkina Faso, du Burundi, du Cameroun, du Cap-Vert, des Comores, du Congo, de la Côte d'Ivoire, de la République centrafricaine et du Tchad, 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'Érythrée, l'Éthiopie, le Gabon, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Libéria, Maurice, le Mozambique, la Namibie et la République démocratique du Congo.

134. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité du Programme pour leur participation active aux travaux. Il a également remercié le Directeur régional et les autres membres du Secrétariat pour la bonne qualité des documents et pour leur contribution au succès de la réunion.

135. Le Président a ensuite déclaré la réunion close.

SECTION II

PROJETS DE RÉSOLUTIONS

Le Sous-Comité du Programme a examiné et proposé des amendements aux projets de résolutions suivants : a) Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (AFR/RC59/WP/1) ; b) Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (AFR/RC59/WP/2) ; c) Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (AFR/RC59/WP3) ; et d) Renforcement de la préparation aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (AFR/RC59/WP/4).

AFR/RC59/WP/1 : PHARMACORÉSISTANCE CONCERNANT LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME : ENJEUX, DÉFIS ET PERSPECTIVES (document AFR/RC59/PSC/8)

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives» ;

Conscient que des services de laboratoire efficaces sont indispensables pour la confirmation du diagnostic, le suivi des résultats du traitement et l'orientation de la prise de décisions pour le passage au traitement à l'aide de médicaments de deuxième intention ;

Ayant à l'esprit que l'association thérapeutique, en tant que mécanisme permettant de prolonger la durée de vie thérapeutique utile des médicaments contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, est recommandée comme l'une des approches pour prévenir l'apparition de la pharmacorésistance ;

Conscient de l'augmentation des ressources pour la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, mais notant que ces ressources n'ont pas été utilisées directement pour le suivi de la pharmacorésistance ;

Préoccupé par le fait que les nombreux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, par exemple l'accès aux services de santé, la gestion des achats et des approvisionnements, l'infrastructure des laboratoires, les ressources humaines et la logistique, pourraient contribuer à l'apparition généralisée de la pharmacorésistance concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme ;

Rappelant la résolution AFR/RC53/R6 sur l'intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine (2003) ;

Encouragé par les mesures déjà prises pour renforcer les capacités pour le suivi de la pharmacorésistance ainsi que pour élaborer et mettre en œuvre de nouvelles lignes directrices en matière de traitement,

1. APPROUVE le document intitulé «Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux, défis et perspectives» ;
2. INVITE les partenaires à accroître l'appui tant financier que technique accordé aux pays pour faciliter la mise en œuvre des efforts de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme ;
3. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des stratégies pour améliorer l'accès à un diagnostic correct et à un traitement efficace précoce ;
 - b) à renforcer les réseaux nationaux et infra-nationaux de laboratoires de santé, y compris les capacités humaines ;
 - c) à renforcer la gestion des approvisionnements et de la distribution des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
 - d) à mettre en place des systèmes de suivi de la pharmacorésistance et de l'efficacité des médicaments ;
 - e) à mettre en œuvre des mesures administratives, environnementales et de protection individuelle et des mesures intégrées de contrôle de l'infection, particulièrement de lutte contre la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants ;
 - f) à mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre de ces mesures, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.
4. PRIE le Directeur régional :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action pour la prévention et le contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'établir des réseaux sous-régionaux pour le suivi de la pharmacorésistance, dans le cadre des systèmes de surveillance de la maladie ;
 - b) de mener le plaidoyer en faveur de l'accroissement des ressources et de l'appui international à long terme pour la mise en œuvre d'interventions de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme ;

- c) de suivre et faire rapport à la soixante et unième session du Comité régional et par la suite tous les deux ans sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions de prévention et de contrôle de la pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et paludisme ;

**AFR/RC59/WP/2 : ACCÉLÉRATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME
EN VUE DE SON ÉLIMINATION DANS LA RÉGION
AFRICAINNE** (document AFR/RC59/PSC/9)

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine» ;

Rappelant la résolution du Comité régional AFR/RC50/R6 ; Faire reculer le paludisme : Cadre de mise en œuvre; les engagements des sommets de l’OUA et de l’UA tenus à Abuja en 2000 et 2006 sur le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ; la résolution AFR/RC53/R6 sur l’intensification des interventions liées au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans la Région africaine ; les résolutions WHA58.2 et WHA60.18 sur la lutte antipaludique et la commémoration de la Journée mondiale du Paludisme ; et l’Initiative du Secrétaire général des Nations Unies sur le paludisme, qui a été lancée en 2008 pour promouvoir l’accès universel aux interventions essentielles de prévention et de lutte contre le paludisme ;

Conscient de la persistance du lourd fardeau du paludisme dans la Région africaine et de ses conséquences dévastatrices sur la santé et le développement socio-économique ;

Reconnaissant que le manque de politiques reposant sur des bases factuelles et de stratégies globales, les retards dans la mise en œuvre, la faiblesse des systèmes de santé et l’insuffisance des capacités en termes de ressources humaines sont préjudiciables à la performance du programme ;

Ayant présent à l’esprit le fait que l’harmonisation des activités des partenaires en matière de mobilisation et d’utilisation efficace des ressources est cruciale pour la performance dans la lutte contre le paludisme aux niveaux national et régional ;

Conscient que l’intensification des interventions d’un bon rapport coût/efficacité [(moustiquaires imprégnées d’insecticide de longue durée (MiiLD), pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (PID), traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), et associations thérapeutiques à base d’artémisinine (ACT)], en vue d’une couverture universelle a pour effet de réduire considérablement le fardeau du paludisme et que la lutte antipaludique recourt actuellement à un nombre réduit d’outils ;

Reconnaissant l'appui inestimable reçu des partenaires de la coopération multilatérale et bilatérale, des fondations, des champions de la lutte antipaludique et des organisations à base communautaire ;

Analysant les nouvelles possibilités offertes au niveau international en matière de lutte et d'élimination du paludisme [Nations Unies, UA, Forum économique mondial, GFATM, Dispositif pour des médicaments accessibles – paludisme (DMap), programme Booster de la Banque mondiale, Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI), Fondation Bill et Melinda Gates] ;

1. APPROUVE le document intitulé «Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine» ;

2. PRIE INSTAMMENT les États Membres :

- a) d'intégrer la lutte antipaludique dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et dans les plans nationaux de santé et de développement, conformément aux engagements de l'ONU, de l'UA et des Communautés économiques régionales (CER), et de mobiliser les ressources locales pour une mise en œuvre durable et l'évaluation des effets de l'accélération de la lutte contre le paludisme ;
- b) d'appuyer le renforcement des systèmes de santé, y compris le renforcement des capacités en termes de ressources humaines, par le biais de la formation initiale et en cours d'emploi, afin d'intensifier les interventions essentielles de prévention et de lutte ;
- c) d'appuyer les initiatives de recherche-développement en cours pour de nouveaux médicaments, insecticides, outils de diagnostic et autres technologies de lutte et d'élimination du paludisme, et d'investir dans la recherche opérationnelle pour guider l'élaboration de politiques et la prise de décisions, afin d'intensifier la mise en œuvre du programme et d'en accroître l'efficacité en matière d'impact ;
- d) de renforcer les capacités institutionnelles des programmes nationaux de lutte contre le paludisme aux niveaux central et décentralisé pour une meilleure coordination de toutes les parties prenantes et de tous les partenaires, afin de garantir la performance, la transparence et la responsabilité du programme, conformément aux «Trois principes» ;
- e) de diriger les revues conjointes du programme, d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels globaux axés sur les besoins et pleinement budgétisés, assortis de composantes solides de surveillance, de suivi et d'évaluation ;
- f) de renforcer les systèmes d'information sanitaire et la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, et de mener des enquêtes pertinentes pour générer des données fiables, faciliter la traduction des connaissances en mise en œuvre réussie, et éclairer les transitions programmatiques ;

- g) d'investir dans la promotion de la santé, l'éducation et la participation communautaires, l'assainissement, et de renforcer les capacités en termes de ressources humaines, en mettant l'accent sur les agents de santé du niveau intermédiaire et communautaire pour une couverture universelle des interventions essentielles à l'aide d'approches intégrées ;
 - h) d'assurer une quantification et une prévision rigoureuses en matière d'achat, d'approvisionnement et d'utilisation rationnelle de médicaments et de produits abordables, sûrs et de qualité pour le diagnostic et le traitement opportuns et fiables du paludisme aux niveaux des établissements de santé et de la communauté ;
3. DEMANDE aux partenaires qui appuient les efforts de lutte contre le paludisme dans la Région d'augmenter le financement de la lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles de l'ONU concernant la couverture universelle et la réduction à un niveau minimal des décès imputables au paludisme, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et auxquels contribue la lutte antipaludique.
4. PRIE le Directeur régional :
- a) de faciliter le plaidoyer de haut niveau, la coordination de l'action des partenaires, en collaboration avec l'ONU, l'initiative Faire reculer le paludisme et d'autres institutions partenaires, l'UA et les Communautés économiques régionales, pour une mobilisation adéquate des ressources et une coopération technique efficace ;
 - b) d'appuyer la mise au point de nouveaux outils, médicaments, technologies appliquées et produits, et d'aider à revitaliser les réseaux de surveillance de l'efficacité des médicaments et des insecticides ;
 - c) de faire rapport au Comité régional à sa soixante et unième session, et par la suite tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'accélération de la lutte antipaludique dans la Région africaine.

AFR/RC59/WP/3 : ORIENTATIONS GÉNÉRALES POUR LA CRÉATION DE CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE, LES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA RÉGLEMENTATION ALIMENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (document AFR/RC59/PSC/11)

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le document technique sur les orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;

Conscient de l'ampleur du fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles et de leurs conséquences sociales et économiques néfastes dans la Région africaine ;

Vivement préoccupé par l'état de la surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région africaine ;

Notant que les capacités de bon nombre d'États Membres sont limitées pour une surveillance et une riposte efficaces et complètes face à la maladie, ainsi que pour des recherches en laboratoire et la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;

Rappelant les résolutions AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie ; AFR/RC58/R2 sur le renforcement des laboratoires de santé publique ; WHA 58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international, et WHA 61.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;

Conscient de la Déclaration d'Alger et de l'Appel à l'action de Bamako qui préconisent la création de centres d'excellence pour la recherche ;

Se félicitant de l'engagement et des efforts des États Membres et des partenaires jusqu'à présent pour la mise en œuvre de la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie, de leurs stratégies de riposte à la maladie, et de la recherche de meilleures mesures de surveillance, de contrôle, d'élimination ou d'éradication et de riposte ;

Convaincu que la création d'un réseau de centres de référence pour la surveillance de la maladie, les recherches en laboratoire et la réglementation alimentaire et pharmaceutique contribuera en fin de compte à la réduction de la charge de la maladie, à la réalisation des OMD liés à la santé et à l'amélioration de la qualité de vie des communautés dans la Région ;

1. APPROUVE les mesures proposées visant à renforcer la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique par la création de centres d'excellence par les États Membres ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à entreprendre une évaluation des infrastructures et des capacités humaines existantes comme première étape pour déterminer si un pays donné est prêt ou non à créer un centre d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;
 - b) à élaborer, s'ils disposent des ressources requises, un cadre d'orientation national sur les centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique, qui servirait de guide pour la création de ces centres ;
 - c) à sensibiliser d'autres départements et ministères au niveau national à la nécessité de créer un centre d'excellence intégré pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;

- d) à renforcer, dans le cadre de la création de ces centres, les systèmes de suivi et d'évaluation qui permettront aux pays de fixer des cibles et d'élaborer des indicateurs quantifiables, afin de garantir la prestation de services de qualité liés aux centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, et la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;
- e) à garantir des sources de financement multiples pour les centres d'excellence en vue d'une performance durable ;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir aux États Membres un appui technique pour les aider à élaborer des cadres, plans de mise en œuvre et outils de suivi et d'évaluation au plan national pour les centres d'excellence de surveillance de la maladie ;
- b) de fournir un appui technique pour la création de réseaux régionaux de centres d'excellence qui serviront de centres de référence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique dans la Région africaine et deviendront, à terme, des centres collaborateurs de l'OMS ;
- c) de plaider en faveur de ressources supplémentaires aux niveaux national et international pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique ;
- d) de faire rapport à la soixante et unième session du Comité régional, puis tous les deux ans, sur les progrès réalisés dans la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique, la réglementation alimentaire et pharmaceutique.

**AFR/RC59/WP/4 : RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE
AUX FLAMBÉES DANS LA RÉGION AFRICAINE DANS LE
CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE ACTUELLE**
(document AFR/RC59/PSC/12)

Le Comité régional,

Ayant examiné minutieusement le document technique sur le renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle ;

Conscient de ce que les systèmes de santé nationaux sont surchargés et manquent de capacités humaines, financières et de préparation pour faire face à une éventuelle pandémie ;

Vivement préoccupé par la possibilité que la propagation internationale continue de la nouvelle grippe A (H1N1) émergente n'impose éventuellement aux États Membres un fardeau humanitaire, social et économique ;

Préoccupé par les conséquences possibles d'une pandémie de grippe pour les populations vulnérables de la Région africaine, qui souffrent déjà de multiples maladies et affections ;

Prenant acte du niveau élevé d'engagement des États Membres en faveur de la prévention et de la lutte contre les maladies potentiellement épidémiques et pandémiques ;

Notant le communiqué sur la nouvelle grippe A (H1N1), publié à la fin de la quatrième session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, tenue à Addis Abeba du 4 au 8 mai 2009 ;

Réaffirmant notre engagement en faveur de la mise en œuvre des résolutions AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie, AFR/RC56/R7 sur la préparation et la riposte contre la menace d'une pandémie de grippe aviaire, AFR/RC58/R2 sur le renforcement des laboratoires de santé publique, et WHA 61.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;

1. FAIT SIEN le document technique et approuve les mesures proposées visant à renforcer la capacité des États Membres à se préparer et à riposter aux épidémies et aux pandémies ;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :
 - a) de mettre en œuvre des stratégies de communication qui fournissent régulièrement des informations à jour à tous les niveaux de la communauté sur ce que l'on sait concernant les maladies potentiellement épidémiques et pandémiques circulantes, les mesures de soins à domicile et de protection appropriées que la population peut prendre pour réduire le risque d'infection ;
 - b) de garantir le plus haut niveau d'appui gouvernemental possible à la riposte contre la menace de la grippe A(H1N1) ;
 - c) de réduire l'impact éventuel des maladies potentiellement épidémiques et pandémiques sur les populations, en veillant à la prestation ininterrompue des services de soins de santé et à la mise en œuvre des mesures de base de lutte anti-infectieuse pour protéger les personnels de santé et les patients ;
 - d) de renforcer les capacités des services de santé afin de réduire la transmission des maladies dans les établissements de santé en veillant à un approvisionnement régulier en eau et à l'assainissement, et en garantissant l'accès aux installations aménagées pour l'hygiène des mains, avec de l'eau et du savon à tous les niveaux ;
 - e) de continuer à renforcer et à étendre la surveillance intégrée de la maladie à tous les niveaux, et notamment au niveau communautaire, et l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de la surveillance intégrée;

- f) de renforcer la capacité de diagnostic de la grippe, en fournissant des ressources matérielles et financières suffisantes pour appuyer les fonctions des laboratoires de santé publique ;
- g) d'actualiser périodiquement les plans de préparation et de riposte des États Membres, et de veiller à ce qu'ils soient suffisamment financés ;
- h) de veiller au versement régulier de la contribution financière au «Fonds africain pour les urgences de santé publique»;

3. PRIE le Directeur régional :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux de prévention et de lutte contre les flambées ;
- b) de plaider en faveur de ressources additionnelles aux niveaux national et international pour la mise en œuvre de mesures de prévention et de lutte contre les flambées dans les États Membres, compte tenu de la menace constante de flambées, et notamment de grippe ;
- c) de créer un «Fonds africain pour les urgences de santé publique», qui appuiera les enquêtes et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique ;
- d) de poursuivre la collaboration avec l'Union africaine et les Communautés économiques régionales en vue du renforcement de la surveillance de la maladie dans la Région africaine ;
- e) Faire rapport à la soixantième session du Comité régional et par la suite sur une base régulière, en fonction de l'évolution de la situation sur le terrain.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

BOTSWANA

Mr Setshwano Sebakile Mokgweetsinyana
Chief Health Officer-Disease Control

BURKINA FASO

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé

BURUNDI

Dr Charles Batungwanayo
Directeur général de la Santé publique

CAMEROUN

Dr Martin Ekeke Monono
Directeur de la Santé familiale

CAP-VERT

Dr Ildo Augusto de Sousa Carvalho
Conselheiro Técnico

TCHAD

Dr Nantoingar Kabo Gangroh
Secrétaire général adjoint
Ministère de la Santé publique

CENTRAFRIQUE

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission, Responsable du suivi du
Plan national de Développement sanitaire II
(PNDS II)

COMORES

Dr Moussa Mohamed
Directeur national de la Santé

CONGO

Pr Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé

CÔTE D'IVOIRE

Dr Félix Blédi Trouin
Directeur de Cabinet adjoint au Ministère de
la Santé et de l'Hygiène publique

GAMBIE

Mr Saiku Janneh
Permanent Secretary

GHANA

Dr George Amofah
Deputy Director General
Ghana Health Service

GUINÉE

Dr M'Balou Diakhaby
Conseiller chargé des questions de
coopération au Ministère de la Santé et de
l'Hygiène publique

LESOTHO

Dr Piet McPherson
Director Clinical Services

Mrs Masebota Khuele
Chief Health Economic Planner
Ministry of Health and Social Welfare

MADAGASCAR*

Dr Dieudonné H. Rasolomahefa
Directeur général de la Santé

MALAWI

Dr Storn Kabuluzi
Director of Preventive Health Services

MEMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Dr Neerunjun Gopee
Chief Medical Officer, Mauritius

Dra. Juliana Afonso N. dos Ramos
Directora do Gabinete do Ministro da Saúde
São Tomé et Príncipe

* N'a pas pû participer.

APPENDICE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC59/PSC/1)
4. Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/PSC/3)
5. Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/PSC/4)
6. Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la recherche pour la santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/5)
7. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/PSC/6)
8. Budget programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/7)
9. Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/PSC/8)
10. Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/9)
11. S'attaquer aux maladies tropicales négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/10)
12. Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/PSC/11)
13. Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/PSC/12)
14. Termes de référence de la réunion des délégations africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif (document AFR/RC59/PSC/13)
15. Vers l'élimination de la rougeole dans la Région africaine d'ici 2020 (document AFR/RC59/PSC/14)

16. Examen des projets de résolutions
17. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC59/PSC/15)
18. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
19. Clôture de la réunion.

APPENDICE 3**PROGRAMME DE TRAVAIL****1^{er} JOUR : MARDI 2 JUIN 2009**

9 h 00 - 9 h 20	<i>Inscription des participants</i>	
9 h 20 - 10 h 15	Point 1 de l'ordre du jour	Cérémonie d'ouverture
10 h 15 - 10 h 25	Point 2 de l'ordre du jour	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10 h 25 - 11 h 00	<i>(Photo de famille+ pause-café)</i>	
11 h 00 - 11 h 10	Point 3 de l'ordre du jour	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC59/PSC/1)
11 h 10 - 12 h 30	Point 4 de l'ordre du jour	Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (document AFR/RC59/PSC/3)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause déjeuner</i>	
14 h 00 – 15h 30	Point 5 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire (document AFR/RC59/PSC/4)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 -17 h 30	Point 6 de l'ordre du jour	Cadre de mise en œuvre de la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/5)
17 h 30	Fin des travaux du 1 ^{er} jour	

2ème JOUR: MERCREDI 3 JUIN 2009

9 h 00 – 10 h 30	Point 7 de l'ordre du jour	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Perspectives régionales pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux (document AFR/RC59/PSC/6)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 -12 h 30	Point 8 de l'ordre du jour	Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011 : Orientations pour la mise en œuvre dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/7)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause- déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 9 de l'ordre du jour	Pharmacorésistance concernant le sida, la tuberculose et le paludisme : Enjeux, défis et perspectives (document AFR/RC59/PSC/8)
15 h 30 - 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 – 17 h 30	Point 10 de l'ordre du jour	Accélération de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination dans la Région africaine (document AFR/R59/PSC/10)
17 h 30	Fin des travaux du 2 ^{es} jour	
19 h 00	<i>Réception offerte par le Directeur régional</i>	

3^{ème} JOUR: JEUDI 04 JUIN 2009

9 h 00 – 10 h 30	Point 11 de l'ordre du jour	S'attaquer aux maladies tropicales Négligées dans la Région africaine (document AFR/RC59/PSC/10)
10 h 30 – 11 h 00	<i>Pause-café</i>	
11 h 00 – 12 h 30	Point 12 de l'ordre du jour	Orientations générales pour la création de centres d'excellence pour la surveillance de la maladie, les laboratoires de santé publique et la réglementation alimentaire et pharmaceutique (document AFR/RC59/PSC/11)
12 h 30 – 14 h 00	<i>Pause déjeuner</i>	
14 h 00 – 15 h 30	Point 13 de l'ordre du jour	Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la pandémie de grippe actuelle (document AFR/RC59/PSC/12)
15 h 30 – 16 h 00	<i>Pause-café</i>	
16 h 00 – 17 h 00	Point 14 de l'ordre du jour	Réunion des délégations de la Région africaine à l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC59/PSC/13)
17 h 00 – 18 00	Point 15 de l'ordre du jour	Examen des projets de résolutions
16 h 00	Fin des travaux du 4^{ème} jour	

4^{ème} JOUR: VENDREDI 05 JUIN 2009

14 h 00 – 16 h 00	Point 16 de l'ordre du jour	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme, y compris des projets de résolutions (document AFR/RC59/PSC/15)
	Point 17 de l'ordre du jour	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
16 h 00-16 h 30	Point 18 de l'ordre du jour	Clôture de la réunion