

## OUVERTURE DE LA RÉUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (République du Congo) du 14 au 17 juin 2005.
2. La liste des participants figure à l'Annexe 1.
3. Le Dr Luis G. Sambo, Directeur régional, a souhaité la bienvenue aux membres du Sous-Comité du Programme (SCP), aux membres du Conseil exécutif représentant la Région africaine et au Président du Conseil consultatif africain pour la Recherche et le Développement en Santé (CCARDS).
4. Le Directeur régional a souligné le fait que ce Sous-Comité a lieu dans le cadre d'une transition, étant donné que c'est la première réunion du Sous-Comité du Programme depuis son élection en tant que Directeur régional. De même, il a indiqué que la tenue de ce Sous-Comité s'inscrit dans une transition entre le Dixième et le Onzième Programme général de Travail et qu'il existe de nouvelles opportunités pour relever les défis dans le domaine de la santé dans la Région africaine. Des défis tels que le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que le niveau inacceptable de mortalité maternelle et infantile associés à la faiblesse des systèmes de santé requièrent des réponses immédiates, efficaces et ciblées.
5. Rappelant l'extension des termes de référence du Sous-Comité du Programme en 1977 au cours de la vingt-septième session du Comité régional, il a rappelé le mandat du SCP. Ce mandat consiste, entre autres, à faire l'analyse et l'examen des Budgets Programmes pour faire en sorte qu'ils soient compatibles avec les décisions et les recommandations des Organes directeurs et reflètent les priorités sanitaires dans la Région africaine, de même qu'à conseiller le Comité régional sur toutes les questions pertinentes soumises aux ministres de la santé pour examen et décision. Il a expressément invité les membres du SCP à conseiller le Directeur régional sur toutes questions préoccupantes se présentant entre les sessions étant donné que ces tâches sont similaires à celles du Conseil exécutif vis-à-vis de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le SCP agit comme un Comité permanent du Comité régional.
6. Le Directeur régional a invité les membres du Sous-Comité du Programme à procéder à une analyse approfondie de tous les documents relatifs aux points de l'ordre du jour, à faire des contributions de qualité et à formuler des recommandations à la fois réalistes et pertinentes pour améliorer les documents et faciliter la poursuite des délibérations des Ministres de la Santé au Comité régional.
7. Pour conclure et compte tenu du mandat du Sous-Comité du Programme, il a instamment demandé aux membres de réfléchir sérieusement à la situation actuelle concernant le VIH/SIDA et à la nécessité de redynamiser les activités de prévention dans la Région africaine.
8. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, Directeur de la Gestion du Programme, a proposé des noms pour l'élection des membres du bureau du Sous-Comité du Programme. Le bureau a été constitué comme suit :

Président : Professeur Mohammed Lemine Ba (Mauritanie)  
Vice-Président : Dr Shehu Sule (Nigéria)  
Rapporteurs : Dr Boureima Hama Sambo (Niger)  
Dr Habib Saizi Somanje (Malawi)  
Dr Alexandre Manguuele (Mozambique)

9. Le Professeur Mohammed Lemine Ba, Président du Sous-Comité du Programme, a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance qu'ils ont placée en lui. Après avoir félicité le Directeur régional et ses collaborateurs pour leur nouveau mandat, il a rappelé aux membres les multiples et sérieux défis qui se posent en matière de santé et la nécessité d'œuvrer ensemble pour lutter contre les maladies dans la Région. Tout en soulignant la bonne qualité des documents, soumis à temps, il a fait savoir au Secrétariat qu'ils seraient améliorés en tenant compte des observations qui seraient émises par le Sous-Comité du Programme. Il a d'autre part indiqué que des questions de santé importantes dans la Région étaient inscrites à l'ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional. En conclusion, il a félicité le Secrétariat pour la qualité de l'organisation de la réunion.

10. Le Président a demandé au Sous-Comité d'examiner l'ordre du jour (Annexe 2) et le programme de travail provisoire (Annexe 3), qui ont été adoptés sans modification.

**BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2006–2007 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC55/PSC/3)

11. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a présenté un aperçu général du Budget Programme 2006–2007.

12. Ce budget, le premier du Onzième Programme général de Travail, prend en compte les priorités identifiées dans les documents de Stratégie de coopération avec les pays et les priorités mondiales définies par le Directeur général de l'OMS. Ces priorités sont reflétées dans les 15 domaines d'activité prioritaires identifiés par le Directeur régional. Le Budget Programme 2006–2007, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005, est un budget intégré, basé sur les résultats et issu d'un processus participatif et itératif de planification.

13. Pour l'exercice 2006–2007, la Région africaine a bénéficié d'un accroissement budgétaire de US \$204,7 millions, dont 6 % proviennent du budget ordinaire et 94 % des contributions volontaires. Ainsi, le budget total s'élève à US \$949,5 millions, dont 21,4 % proviennent du budget ordinaire et 78,6 % des contributions volontaires. La Région africaine est celle qui a reçu l'allocation budgétaire la plus élevée, après le Siège. Sur les fonds approuvés, 784,4 millions ont été alloués aux priorités régionales. Par ailleurs, 716,6 millions (75 %) ont été alloués aux dépenses dans les pays et 232,9 millions (25 %) aux dépenses du Bureau régional, y compris la dotation des programmes interpays.

14. La mise en oeuvre du budget sera guidée par quatre principes directeurs, à savoir : la décentralisation des ressources vers les pays; l'intégration des interventions; le renforcement de la présence essentielle de l'OMS dans les pays; et le renforcement de la surveillance et de l'évaluation pour plus d'efficacité et de responsabilité.

15. Les États Membres ont été invités à collaborer à l'élaboration des plans de travail sur la base des documents de Stratégie de coopération avec les pays, à choisir un nombre limité de domaines d'activités et à affecter au moins 15 % du budget national au secteur de la santé. Pour sa part, l'OMS devrait définir des procédures de délégation de pouvoirs aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs de Division, redéfinir le profil du personnel des bureaux de l'OMS dans les pays, approuver les plans de travail en novembre 2005 et améliorer la qualité de la mise en oeuvre, de la surveillance et de l'évaluation du Budget programme.

16. Les membres du Sous-Comité du Programme ont exprimé leur satisfaction au sujet de la qualité du document et de l'augmentation générale des allocations budgétaires destinées à la Région africaine.

17. Au cours du débat qui a suivi, un certain nombre de commentaires généraux ont été faits. Il est impératif d'indiquer le pourcentage moyen des fonds provenant des contributions volontaires qui est effectivement reçu pour la mise en oeuvre de programmes. Compte tenu du fait que les partenaires pour le développement sanitaire au niveau pays abandonnent de plus en plus le financement de projets en faveur soit d'un appui budgétaire, soit d'approches sectorielles, il est nécessaire d'élucider la question de savoir si l'OMS serait disposée à participer à ces approches pour appuyer les pays. Compte tenu de l'augmentation du nombre de partenaires pour le développement sanitaire et du financement au niveau des pays, il importe que l'OMS appuie les ministères de la santé pour renforcer leur leadership, et leurs capacités de coordination et de plaidoyer. Il est nécessaire d'harmoniser les cycles budgétaires entre les agences du système des Nations Unies.

18. Il a été proposé que l'OMS et les Ministères de la Santé intensifient leur plaidoyer dans les pays en faveur de la mise en oeuvre et du suivi de l'engagement pris à Abuja par les Chefs d'État d'allouer à la santé 15 % du budget national. À cet égard, l'Organisation devrait continuer à appuyer les pays à établir et à institutionnaliser les comptes nationaux de la santé. Il y aurait également lieu que l'OMS fasse le plaidoyer pour que les pays allouent à la santé davantage de ressources, en particulier, celles provenant des fonds disponibles au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE). Les allocations de fonds aux pays et leurs variations en ce qui concerne certains domaines d'activités ont suscité des préoccupations.

19. Le Sous-Comité a salué l'exercice de redéfinition du profil des bureaux de l'OMS dans les pays, étant donné que cela renforcera l'appui technique qu'ils accordent aux pays. Il a également souligné le fait que les systèmes de sécurité sociale sont l'une des sources potentielles de financement durable de la santé.

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

- a) s'agissant de la section Analyse du budget, le Sous-Comité s'est dit préoccupé en ce qui concerne : i) les 3 % du budget global qui doivent être retenus par le Directeur général pour faire face au non paiement de toutes leurs contributions par les États Membres et le SCP a demandé des éclaircissements sur la façon dont ces fonds pourraient être mis à la disposition des pays si tous les États Membres payaient leurs

contributions établies et ii) le mécanisme que l'OMS utiliserait pour protéger les pays des effets négatifs des fluctuations des taux de change;

- b) s'agissant des principes directeurs régissant la mise en œuvre du Budget Programme, au paragraphe 33, des éclaircissements supplémentaires ont été demandés pour la décentralisation proposée sur le plan de la délégation d'autorité et de responsabilité aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs de Division;
- c) au paragraphe 35, il est impératif de mettre l'accent sur : i) la nécessité d'une étroite collaboration entre les agences du système des Nations Unies pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation; ii) l'intégration des programmes au sein d'un seul Ministère de la Santé et d'un seul système sanitaire pour éviter la mise en œuvre verticale de programmes qui porte atteinte à l'efficacité des systèmes sanitaires nationaux;
- d) au paragraphe 41, il a été recommandé que le Directeur régional crée un fonds de réserve des US \$6.1 millions, soit 3 % du budget régulier, pour prévoir les activités non planifiées ; tout reliquat non utilisé devant être réalloué aux pays au cours du deuxième semestre de la deuxième année de l'exercice biennal;
- e) au paragraphe 42, il a été recommandé que l'OMS mène également une action de plaidoyer intense pour inciter les pays à consacrer au moins 15 % de leur budget national à la santé;
- f) à l'annexe 3, le Sous-Comité a salué l'intégration du domaine d'activités surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles parmi les priorités régionales, mais s'est dit préoccupé par le modeste montant des ressources allouées à ce domaine d'activité.

21. Le Secrétariat a remercié les membres pour leurs précieux commentaires et leur a assuré que ceux-ci seront inclus dans le rapport final. Il a été expliqué que le Budget Programme 2006–2007 a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Sous-Comité est prié de fournir des orientations pour faciliter la mise en œuvre. Il est entendu qu'il règne un certain degré d'incertitude quant au montant de la composante des Fonds des contributions volontaires du budget et la date de leur mise à disposition, mais il a été indiqué que, vu l'expérience passée, la majorité des fonds prévus ont été effectivement reçus. L'Organisation travaille sur la base d'un budget intégré et est en négociation avec des bailleurs de fonds pour l'attribution des fonds non assignés.

22. Des éclaircissements ont été fournis en ce qui concerne les allocations accordées aux pays et au Bureau régional, comme décrit dans les Annexes 6 et 7, respectivement. À cet égard, il a été précisé que la plupart des fonds au titre du Programme interpays seront utilisés pour fournir un appui aux pays et qu'un nouveau tableau sera fourni.

23. Étant donné que la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles est une priorité régionale, le Secrétariat a souscrit au fait qu'il est impératif de continuer le plaidoyer en faveur d'une augmentation de l'allocation de ressources.

24. S'agissant de la décentralisation, il a été expliqué que le Bureau régional travaille sur un mécanisme permettant de simplifier et de faciliter le processus de mise en œuvre des plans de travail approuvés. Concernant la question de la fluctuation du dollar le SCP a été informé que le Bureau régional et le Siège envisagent de mettre en place différents mécanismes pour minimiser les risques, y compris l'inclusion de certaines monnaies locales dans le mécanisme de couverture du taux de change adopté par l'OMS.

25. Au niveau des pays, l'OMS, qui travaille sur un plan stratégique, est donc d'accord avec les approches sectorielles et coopère déjà avec d'autres partenaires dans les pays au titre du Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le développement (UNDAF). Cependant, les dispositions financières et les procédures de l'OMS ne permettent pas une pleine participation à l'approche d'appui budgétaire puisque, par nature, l'Organisation est plutôt une institution de coopération technique qu'une institution de financement.

26. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**STRATÉGIES DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS : MISE EN ŒUVRE, LEÇONS APPRISSES ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE**  
(document AFR/RC55/PSC/4)

27. Le document relatif aux Stratégies de Coopération avec les pays (CCS) a été présenté par le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat. Le document présente l'historique des CCS et examine la mise en œuvre, les leçons apprises, les perspectives, ainsi que le suivi et l'évaluation.

28. Le document fait rapport sur la mise en œuvre des directives données lors de la cinquante et unième session du Comité régional concernant l'élaboration de stratégies de coopération dans tous les 46 pays membres. Il donne également des indications sur le déroulement de cette opération et examine les leçons apprises et les mesures à prendre pour maximiser les acquis de ce processus.

29. La complexité croissante du secteur sanitaire sur fond de baisse des ressources en Afrique, qui coïncide avec la volonté internationale d'atteindre, d'ici 2015, les objectifs du Millénaire pour le développement, et l'augmentation constante du nombre d'intervenants ayant des visées sanitaires différentes, ont entraîné une recherche intense pour trouver des mécanismes de coordination plus performants au niveau des pays.

30. La politique focalisée sur les pays adoptée en 2001 dans le cadre des réformes de l'OMS a pour but de placer les besoins de santé prioritaires des États Membres au centre de l'action de l'OMS tout en renforçant l'efficacité, la réactivité et la cohérence de sa présence au niveau des pays. La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, élément essentiel de la politique de l'Organisation en faveur des pays, est un cadre de coopération à moyen terme (4-6 ans), adaptable et spécifique à chaque pays. Elle définit un agenda stratégique pour l'action de l'OMS dans chaque pays et examine les implications de cet agenda pour l'ensemble de l'Organisation.

31. La formulation de CCS dans 45 des 46 pays membres a permis à l'OMS de mener de vastes consultations au niveau des pays avec les ministres de la santé et leurs partenaires nationaux, bilatéraux et multilatéraux afin de déterminer les principales priorités dans le domaine de la santé et du développement qui doivent être retenues dans la planification au niveau des pays. L'analyse de ces 45 CCS a permis de définir les programmes régionaux prioritaires en matière de coopération technique. Le Bureau régional a entrepris un processus de renforcement des capacités techniques et gestionnaires des bureaux de pays.

32. Les principaux enseignements tirés de la formulation des CCS concernent notamment la nécessité de faire en sorte que l'appui technique de l'OMS soit mieux adapté, plus ciblé, mieux coordonné et plus stratégique. Ceci nécessitera un changement dans la manière où l'Organisation fonctionne, et il faudra l'action de plaider pour que les changements attendus soient acceptés par tous. Le véritable défi consiste à traduire les agendas stratégiques en plans d'action viables pour des meilleurs résultats sur la santé.

33. Afin de promouvoir l'agenda stratégique des CCS dans la Région africaine, les États Membres et leurs partenaires devraient considérer les CCS comme un instrument de planification viable et comme la base de l'élaboration des budgets programmes biennaux. L'OMS, quant à elle, devrait veiller à ce que les CCS soient effectivement appliquées à tous les niveaux et que les agendas stratégiques soient mis en œuvre. L'Organisation devrait en outre intégrer pleinement les CCS dans son processus gestionnaire et faire en sorte que des équipes de pays bien dirigées, bien étoffées et convenablement équipées soient mises en place pour coordonner et assurer correctement l'appui technique de l'Organisation.

34. Les membres du Sous-Comité ont exprimé leur satisfaction au sujet de la qualité, de la pertinence et de l'intérêt de ce document.

35. Les amendements spécifiques proposés au document par le Sous-Comité ont notamment été les suivants :

- a) dans l'Historique – au paragraphe 4 relatif aux objectifs – afin de répondre aux besoins des pays, il serait nécessaire que l'OMS définisse clairement le lieu où se trouve son personnel dans les pays et examine la possibilité d'en placer quelques un au sein des ministères de la santé;
- b) dans la section relative à la mise en œuvre – paragraphe 14 - de nombreux délégués ont souligné le rôle d'administration générale qui incombe aux ministères de la santé en ce qui concerne la coordination des interventions et des acteurs dans le domaine de la santé au niveau des pays; tous les programmes menés par des partenaires devraient s'inscrire dans les plans nationaux de santé; la coordination à tous les niveaux de l'OMS est indispensable tant en ce qui concerne la planification que la mise en œuvre et l'évaluation des activités;
- c) au paragraphe 21, il faudrait mieux faire ressortir l'objectif consistant à renforcer le leadership technique de l'OMS au niveau des pays; à l'alinéa c), il a été recommandé de renforcer les capacités au sein des ministères de la santé et des bureaux de l'OMS dans les pays; à l'alinéa e), le concept d'un plan, d'une stratégie et d'un budget

uniques pour un pays s'impose car divers partenaires interviennent au niveau des pays avec des plans et des cycles de programmation différents;

- d) dans la section relative aux Défis – paragraphe 22 – il a été proposé que le Bureau régional et le Siège de l'OMS procèdent à une décentralisation efficace des ressources afin de donner aux Représentants de l'OMS les pouvoirs dont ils ont besoin pour exécuter correctement le Budget Programme; il faudrait accorder plus d'attention aux petits États insulaires en voie de développement en raison de leur vulnérabilité aux MNT et au VIH/SIDA; à l'alinéa h), il faudrait tenir compte des approches sectorielles, des plans de santé nationaux, des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), etc.;
- e) dans la section relative aux Leçons apprises – paragraphe 28 – la dernière phrase devrait être plus explicite sur la nécessité d'établir un équilibre entre la mise en œuvre de routine d'une part, et l'appui et les fonctions stratégiques d'autre part;
- f) dans la section relative aux Perspectives – paragraphe 34 c) – il conviendrait de clarifier le sens de la première phrase au sujet d'une stratégie, d'un plan et d'un budget uniques;
- g) dans la Conclusion, il conviendrait d'indiquer que les actions visant à renforcer les bureaux de pays ne devraient pas affaiblir les ministères de la santé.

36. En réponse aux questions soulevées, le Secrétariat a remercié les délégués pour leurs précieuses observations et les a assurés que celles-ci allaient être intégrées dans le document final. Il a néanmoins précisé que l'intention du document est d'inciter les États Membres à réfléchir sur la manière dont l'OMS pourrait mieux répondre aux besoins des pays, tout en respectant le rôle politique et d'administration générale qui incombe aux gouvernements et le mandat des autres organismes de coopération.

37. En ce qui concerne la redéfinition du profil des bureaux de pays, celle-ci devrait reposer sur les CCS et les priorités nationales, et être menée en consultation avec les ministères de la santé, y compris en ce qui concerne le lieu où le personnel de l'OMS doit être installé. Il a été expliqué que l'idée d'une stratégie, d'un plan et d'un budget uniques pour chaque pays visait à harmoniser l'appui apporté aux pays par les trois niveaux de l'Organisation. Les ministères de la santé coordonneront la formulation des plans de santé nationaux qui devront inspirer les plans biennaux de l'OMS. Grâce aux fonctions normatives de l'OMS, les ministères de la santé seront renforcés pour mener à bien leur rôle de coordination, y compris en ce qui concerne les approches sectorielles.

38. Il a été recommandé que le renforcement et la redéfinition du profil des bureaux des pays n'entraînent pas un affaiblissement des ministères de la santé mais favorise plutôt la complémentarité et une amélioration de l'appui technique apporté aux pays. Il a été précisé que la redéfinition du profil des bureaux de pays vise à renforcer les compétences des équipes de l'OMS dans les pays pour leur permettre de mieux répondre aux besoins de ces derniers.

39. Le Sous-Comité a approuvé le document avec des amendements et préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTE : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES DANS LA REGION AFRICAINE** (document AFR/RC55/PSC/5)

40. Le Dr Chris Mwikisa, du Secrétariat, a présenté une vue d'ensemble du document sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé (OMD) dans la Région africaine.

41. L'introduction décrit les OMD tels qu'ils ont été adoptés par le Sommet du Millénaire en 2000. Les huit objectifs fournissent un cadre pour mesurer les progrès réalisés en matière de développement; ils sont également liés à l'approche des soins de santé primaires et aux initiatives de la santé pour tous. Trois de ces OMD sont des objectifs en matière de santé et les autres sont étroitement liés à la santé.

42. L'analyse de la situation a montré que même si quelques résultats ont été obtenus dans certains pays en ce qui concerne certains OMD, les progrès généraux restent lents, principalement, en raison de la faiblesse des systèmes de santé et de l'insuffisance des ressources.

43. La mortalité infantile ne baisse pas assez vite : elle se situe en moyenne à 174 décès pour 1000 naissances vivantes, contre 186 en 1990. La mortalité maternelle s'est aggravée, passant de 870 décès pour 100,000 naissances vivantes à environ 1000 pour 100,000 entre 1990 et 2003. La lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme est également lente.

44. La section intitulée Perspectives fait ressortir des opportunités telles que la reconnaissance croissante de la place centrale qu'occupe la santé dans le développement. Elle indique également les défis que posent l'insuffisance des ressources et la faiblesse des systèmes de santé. Les mesures proposées comprennent, entre autres, le développement des systèmes de santé, le renforcement des interventions et la mobilisation des ressources. Le suivi et l'évaluation devraient être entrepris à l'aide des indicateurs déjà fournis pour chaque OMD.

45. Il incombe en premier lieu aux autorités nationales de réaliser les OMD, d'assurer le suivi et de faire rapport sur l'état d'avancement dans ce domaine. Les partenaires du développement, y compris l'OMS, devraient fournir un soutien technique et financier.

46. Les membres du Sous-Comité ont félicité le Secrétariat pour la qualité de la présentation et de la teneur du document. Ils ont pris bonne note des liens entre les OMD et des initiatives antérieures telles que les soins de santé primaires, la santé pour tous et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique. Ils ont demandé que soit faite une évaluation du niveau de mise en œuvre et des insuffisances de ces initiatives pour pouvoir tirer parti des expériences positives. Ils ont insisté sur le fait que les gouvernements devaient faire davantage pour relever les défis et combler les lacunes en vue d'atteindre les OMD, notamment en tenant compte du rôle essentiel que jouent les ressources humaines à tous les niveaux. Les interventions visant à accélérer la réalisation des OMD devraient être intégrées dans les réformes de santé en cours et dans d'autres processus nationaux de développement.

47. S'agissant de la mobilisation des ressources en vue des OMD, des éclaircissements ont été demandés au sujet des activités de suivi menées après le forum de haut niveau organisé à Abuja en 2004.

48. Le Sous-Comité a ensuite proposé que les modifications spécifiques ci-après soient apportées au document :

- a) dans le Résumé, au paragraphe 4, deuxième phrase, remplacer le mot «peuvent» par «sont instamment invités à»;
- b) dans la section intitulée Analyse de la situation, au paragraphe 5, utiliser les données de 2003;
- c) au paragraphe 9, indiquer que l'OMS devrait participer aux travaux des comités nationaux sur la distribution de suppléments de vitamine A et la fortification des aliments en vitamines et micronutriments;
- d) au paragraphe 10, souligner le fait que plus de 60 % des accouchements ont lieu à domicile; les raisons de ce phénomène devraient être mentionnées dans le document;
- e) au paragraphe 13, il faudrait aussi inclure la couverture et l'efficacité des pulvérisations d'insecticides à effet rémanent dans les habitations; il faut actualiser le nombre de pays qui utilisent les associations thérapeutiques, et la Région devrait veiller à ce que ces médicaments soient accessibles et financièrement abordables;
- f) au paragraphe 17, la question de la nécessité de disposer de ressources humaines adéquates pour relever les défis a été soulevée;
- g) dans la section intitulée Perspectives, au paragraphe 21, ajouter «les maladies nouvelles et ré-émergentes»;
- h) au paragraphe 22, reformuler la deuxième phrase pour indiquer que la lutte contre les maladies contribuera à faire reculer la pauvreté;
- i) au paragraphe 23, préciser ce que sont «les initiatives nationales de développement ... en faveur des pauvres»;
- j) au paragraphe 29, supprimer l'Initiative PPTE car elle ne représente pas un accroissement des ressources nationales; argumenter à part les liens entre l'allègement de la dette récemment octroyé et la mobilisation de ces fonds pour la santé;
- k) au paragraphe 30, reprendre les termes du paragraphe 3, page 4, de la résolution WHA58.30 concernant le pourcentage du PNB;

- l) dans la section intitulée Suivi et évaluation, au paragraphe 31, ajouter les indicateurs de processus, qui seront plus utiles aux districts et aux communautés pour suivre les progrès réalisés concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, y compris la question de l'enregistrement d'informations sur les mortinaissances;
- m) s'agissant des Rôles et responsabilités, au paragraphe 32, préciser les mécanismes dont l'OMS dispose pour s'assurer que les pays qui ont bénéficié d'un allègement de leur dette utilisent les fonds ainsi libérés pour l'action de santé;
- n) au paragraphe 33, les questions de suivi financier devraient être renvoyées au paragraphe 31; il faudrait reformuler la fin de la dernière phrase et ajouter que les gouvernements devraient renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, leurs capacités de recherche et leurs enquêtes communautaires pour fournir des informations à jour;
- o) au paragraphe 35, préciser le sens des première et deuxième phrases.

49. Le Secrétariat a fourni les éclaircissements suivants à propos des questions soulevées. Les chiffres indiqués dans le document devraient être mis à jour comme les membres l'ont suggéré et les pays bénéficieraient d'un soutien pour estimer les coûts et les déficits financiers spécifiques pour réaliser les OMD. L'OMS aiderait les ministères de la santé à améliorer leurs capacités de négociation pour obtenir des ressources accrues pour la santé et améliorerait également l'efficacité de la fourniture de l'assistance technique aux pays par le biais d'un ensemble intégré de mesures d'appui. On a expliqué que les paquets de soins de base chiffrés doivent être intégrés dans les interventions visant à atteindre les OMD relatifs à la santé.

50. Il est important de disposer de ressources humaines suffisantes et les participants ont été informés de la création par l'OMS d'un observatoire des ressources humaines pour la santé. En ce qui concerne la mortalité maternelle, le Secrétariat a rappelé que l'indicateur le plus fiable était «la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié»; toutefois, l'OMS est en train d'aller plus loin en s'intéressant à l'environnement des accouchements. Les morts à la naissance ne sont pas enregistrées et désormais, le meilleur moyen de les suivre est d'utiliser les interventions à assise communautaire associées à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et aux soins dispensés aux nouveau-nés.

51. Le Secrétariat a fait savoir aux membres du SCP que l'OMS continuerait à jouer, en matière de plaidoyer, son rôle auprès des gouvernements et des institutions de Bretton Woods ainsi que des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour faire en sorte que les fonds dégagés par l'allègement de la dette soient utilisés pour la santé.

52. Le Secrétariat a remercié les membres de leurs précieux commentaires et leur a assuré que leurs amendements seraient inclus dans le document final.

53. Le Sous-Comité a approuvé le document avec ses amendements et a invité le Secrétariat à préparer un projet de résolution sur le sujet, qui sera soumis au Comité régional pour examen et approbation.

**PRODUCTION LOCALE DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS, Y COMPRIS  
LES ANTIRÉTROVIRAUX : PROBLEMES, DÉFIS ET PERSPECTIVES DANS  
LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC55/PSC/6)

54. Le Dr Alimata J. Diarra-Nama, du Secrétariat, a présenté le document sur la production locale des médicaments essentiels.

55. Le document comprend une introduction, une analyse de la situation ainsi que les problèmes, les défis, les perspectives, les rôles et les responsabilités, et la conclusion.

56. La production mondiale de médicaments est concentrée dans quelques pays industrialisés. La production de médicaments génériques est devenue une activité économique importante et contribue à améliorer l'accès aux médicaments. La production pharmaceutique intervient à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

57. Il y a un certain nombre de problèmes liés à l'accès aux médicaments, notamment le budget alloué à la santé est insuffisant et les dépenses en produits pharmaceutiques n'absorbent pas moins de 30 % de ce budget. Les prix élevés des médicaments associés à un financement insuffisant empêchent les pauvres d'accéder aux médicaments. Il est impératif de disposer de génériques d'un coût abordable, et d'équilibrer les perspectives de politique de développement industriel et de santé publique en matière de production des médicaments. La production de médicaments essentiels sous licence est limitée.

58. Les défis pour la production de médicaments essentiels à un coût abordable comprennent la capacité limitée des pays de faire efficacement usage des clauses de sauvegarde de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), les environnements sociaux, politiques et économiques peu favorables, le faible développement infrastructurel, économique et industriel et le coût élevé des services essentiels, la faiblesse de l'application effective de la législation et de la réglementation.

59. Les perspectives futures qui s'ouvrent aux pays de la Région résident dans l'évaluation des infrastructures existantes, le développement et la mise en œuvre de politiques gouvernementales favorables et appropriées, le renforcement de la collaboration Sud-Sud, le transfert de technologies ainsi que dans l'exploration des options alternatives telles que l'importation parallèle, l'utilisation de licence obligatoire pour l'acquisition de génériques équivalents.

60. Les membres du Sous-Comité ont trouvé le rapport pertinent. Un débat a suivi et plusieurs observations générales ont été formulées.

61. Même si l'on retient le principe d'une production locale de médicaments essentiels, il est important de tenir compte de l'environnement politique de libéralisation, de réglementation et de privatisation dans lequel opèrent les pays. Il est important de considérer que le rôle du gouvernement aujourd'hui est de formuler de grandes orientations, de faciliter et de réglementer ainsi que de créer un environnement favorable à la croissance du secteur privé. À cet égard, le rôle des ministères de la santé (avec l'appui de l'OMS) est de renforcer les autorités nationales de réglementation pharmaceutique et d'appuyer le renforcement des compétences.

62. Il faut souligner que l'inaccessibilité actuelle des antirétroviraux est due en partie à la dépendance à l'égard des importations et qu'il est nécessaire de faire des recherches pour déboucher sur une production locale. Il est déterminant de mettre en relief l'importance des achats groupés de médicaments essentiels par le truchement de communautés économiques régionales pour tirer parti des économies d'échelle et donc se procurer des médicaments à des prix compétitifs. Il faut créer un marché viable pour les médicaments essentiels, mettre en place des services régionaux d'assurance de qualité pour mettre un frein à l'importation de médicaments de qualité inférieure aux normes, ainsi que pour rassembler et faire connaître les meilleures pratiques en matière de fabrication de médicaments. L'OMS devrait aider les pays à renforcer leurs capacités en matière de législation et de réglementation de la production pharmaceutique.

63. Le Sous-Comité a proposé d'apporter les modifications spécifiques ci-après au document :

- a) l'Analyse de la situation devrait porter notamment sur le niveau de : i) mise en œuvre des résolutions AFR/RC38/R19 et AFR/RC49/R5 relatives au développement de l'accès aux médicaments essentiels, et ii) production de médicaments essentiels, y compris des médicaments traditionnels; il faut mentionner la nécessité de former et fidéliser les ressources humaines requises par le secteur pharmaceutique pour faire de la recherche-développement sur les médicaments;
- b) au paragraphe 9, il faudrait signaler dans la deuxième phrase que huit pays ne sont pas dotés d'une industrie pharmaceutique et ajouter Sao Tomé et Príncipe dans la note de bas de page 9;
- c) dans les paragraphes 10 à 13, il faudrait préciser les noms des pays;
- d) au paragraphe 14, il faudrait mentionner dès le début le problème de l'inaccessibilité des antirétroviraux et le mettre en relief;
- e) au paragraphe 16, remplacer le mot «inadéquat» par «faible»; cette observation ne concerne que la version portugaise;
- f) au paragraphe 17 de la version française, remplacer «considérations» par «domaines»;
- g) au paragraphe 22, ajouter les questions relatives au contrôle de qualité et à la commercialisation des produits pharmaceutiques;
- h) dans la section intitulée défis, il faudrait reformuler les défis selon les grandes lignes du document sur les objectifs du Millénaire pour le développement (AFR/RC55/PSC/5);
- i) au sujet des Perspectives, au paragraphe 27, ajouter les énoncés suivants : i) «créer un service de réglementation pharmaceutique au niveau régional qui se chargera, entre autres, des questions de contrôle de la qualité et de l'instauration d'un

dialogue entre pays sur les questions apparentées»; ii) «promouvoir la production pharmaceutique locale aux niveaux régional et sous-régional pour favoriser la durabilité»;

- j) au sujet des Rôles et responsabilités, il faudrait encourager les pays à se joindre à des communautés économiques régionales au lieu de se concentrer uniquement sur la production locale; il faudrait insérer les recommandations ci-après issues de l'atelier conjoint OMS/UA/PNUD concernant l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments, qui s'est tenu à Addis Abéba en mars 2005: encourager la collaboration Sud-Sud, repérer des centres d'excellence pour la production régionale et sous-régionale, favoriser les partenariats public/privé et faire des études de faisabilité en se concentrant sur la qualité et l'accessibilité;
- k) au paragraphe 33, à l'alinéa a), il faudrait lire comme suit la deuxième ligne: «transfert de technologie, et de faciliter le développement des capacités de production locale des médicaments essentiels»; à l'alinéa b), il faudrait mentionner l'expérience de la SADC en matière d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique; à l'alinéa d), il faudrait inclure la recherche-développement dans le domaine pharmaceutique, notamment en faisant appel à des plantes et d'autres matières premières localement disponibles; à l'alinéa e), ajouter l'octroi de licence obligatoire.

64. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs précieuses observations et leur a donné l'assurance que celles-ci seraient incorporées dans le document final. Il a été précisé que l'inscription de cette question à l'ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional avait été recommandée à la cinquante-quatrième session. Le rôle de l'OMS est de travailler en étroite collaboration avec les ministères de la santé et d'autres ministères concernés (par exemple commerce et industrie) et les partenaires au développement (par exemple Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel, Organisation mondiale du Commerce). Le Secrétariat s'est félicité de la suggestion tendant à identifier et faire connaître les bonnes pratiques de fabrication et de réglementation pharmaceutique. Les participants à la réunion ont été informés que trois laboratoires régionaux de contrôle de la qualité des médicaments étaient à la disposition des États Membres. Bonne note a été prise du rôle de l'Union africaine et des communautés économiques régionales dans la production locale ainsi que les avantages des achats groupés.

65. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

#### **LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE** (document AFR/RC55/PSC/7)

66. Le Dr James N. Mwanzia, du Secrétariat, a présenté le document sur la trypanosomiase humaine africaine (THA),

67. La distribution géographique de la trypanosomiase humaine africaine, connue également sous le vocable de «maladie du sommeil», se limite au continent africain. Environ 60 millions de personnes sont menacées par cette maladie irrémédiablement fatale lorsqu'elle n'est pas

traitée. La THA constitue donc un grave problème de santé publique dans la Région, du fait de la résurgence actuelle des formes tant humaine qu'animale de la trypanosomiase, phénomène dû à l'absence d'activités durables de surveillance.

68. La stratégie a pour but de maîtriser les épidémies à moyen terme et d'éliminer la maladie en tant que problème de santé publique à long terme. Ses objectifs spécifiques sont les suivants : i) renforcer les capacités de tous les pays touchés en matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de lutte contre la THA; ii) de promouvoir la participation des secteur public et privé à la lutte contre la THA; et iii) promouvoir la recherche opérationnelle pour identifier et résoudre les problèmes liés à la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre la THA.

69. Si la stratégie est adoptée par le Comité régional et mise en œuvre dans les pays touchés, elle contribuera à réduire la morbidité et la mortalité dues à la THA dans la Région et, ce faisant, à éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2015.

70. Les membres du Sous-Comité ont loué la pertinence du document et félicité le Secrétariat pour sa qualité.

71. Ils ont également pris note avec satisfaction de l'accent mis sur la recherche opérationnelle, et ont attiré l'attention sur la nécessité d'inclure aussi la recherche sur les systèmes de santé et d'ajouter dans l'analyse de la situation des données sur la mortalité.

72. Les membres du Sous-Comité ont proposé les modifications spécifiques ci-après pour améliorer le document :

- a) au paragraphe 15, ajouter un objectif spécifique concernant la nécessité de disposer de données de base sur la prévalence, l'incidence et la mortalité liées à la THA pour faciliter la planification;
- b) les cinq instituts de recherche associés à des activités concernant la maladie du sommeil devraient être mentionnés dans le document, et l'OMS devrait les aider à renforcer leurs capacités et encourager la collaboration inter-institutions;
- c) la première phrase du paragraphe 21 devrait se lire comme suit : «Les communautés devraient contribuer à la viabilité et à la minimisation des coûts»;
- d) au paragraphe 24, ajouter les activités d'éducation sanitaire à l'école dès le primaire;
- e) certains membres se sont demandés si les cibles proposées étaient réalistes en ce qui concerne les ressources disponibles et le calendrier;

- f) au paragraphe 33, ajouter une phrase pour tenir compte de la nécessité d'une analyse de situation avant de formuler des politiques nationales, en particulier dans les pays où l'on ne connaît pas le niveau d'endémicité; un membre du Sous-Comité a demandé s'il y avait une collaboration interministérielle concernant la lutte contre la trypanosomiase animale et une collaboration entre d'autres programmes de lutte contre des maladies à transmission vectorielle; les membres du Sous-Comité ont insisté sur la nécessité de trouver un équilibre entre une certaine verticalisation et l'intégration de la lutte contre la THA dans des programmes de lutte contre des maladies;
- g) dans le Résumé, au paragraphe 2, il faudrait lire la deuxième phrase comme suit : «Malheureusement, à cause de l'absence d'activités normales de surveillance, de la diminution des ressources affectées à la THA et de l'évolution des priorités sanitaires ainsi que de la non-disponibilité des médicaments, la maladie a été négligée». La troisième phrase peut être supprimée.

73. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité et leur a donné l'assurance que leurs très utiles observations seront prises en compte dans le document final. Des précisions ont été données sur le fait que : a) les activités de lutte contre la THA sont intégrées au niveau opérationnel tandis que le responsable du programme de lutte contre la THA a une responsabilité au niveau central concernant la gestion du programme; b) la lutte antivectorielle est plus nécessaire dans les zones à *T. rhodesiense* et dans les zones épidémiques et ou de forte endémicité de *T. gambiense*; c) le dépistage actif des cas au moins une fois par an dans chaque foyer est déterminant pour la lutte contre *T. gambiense*. En ce qui concerne les cibles proposées, le Secrétariat a indiqué que les travaux se poursuivaient et que, avec la bonne volonté des partenaires et l'engagement des gouvernements, il serait possible d'atteindre les cibles énoncées.

74. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

#### **LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES** (document AFR/RC55/PSC/8)

75. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur les maladies cardiovasculaires.

76. Le document est divisé en sept parties : introduction, analyse de la situation, défis, opportunités, interventions prioritaires, rôles et responsabilités et, enfin, conclusion.

77. La charge représentée par les maladies cardiovasculaires (MCV) augmente si rapidement en Afrique que ces maladies sont devenues un problème de santé publique dans toute la Région. Les complications surviennent chez des personnes relativement jeunes dans les pays en développement. Le document rend compte des orientations stratégiques contenues dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, des stratégies de l'OMS pour les maladies non transmissibles (MNT) et la promotion de la santé ainsi que de la Déclaration des Chefs d'État de l'Organisation de l'Unité africaine faite à Durban.

78. Les principales maladies cardiovasculaires sont l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les cardiomyopathies et les maladies coronariennes. Par ailleurs, les cardiopathies rhumatismales restent un problème préoccupant. L'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires à travers le monde est l'augmentation du nombre de personnes âgées. L'autre raison est l'exposition à des facteurs de risque physiologiques et comportementaux, dont huit – responsables de 75 % de l'ensemble des maladies cardiovasculaires – sont visés en priorité par l'approche STEPS de l'OMS. Ceci s'explique par leur énorme impact sur la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles en général et aux maladies cardiovasculaires en particulier, par la possibilité d'un changement grâce à la prévention primaire et, enfin, par l'existence de méthodes de mesures simples et normalisées. Comme d'autres maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent, de sorte que très peu de pays se sont dotés de programmes nationaux ou de stratégies nécessaires pour y faire face. En outre, les systèmes de surveillance des facteurs de risque sont pratiquement inexistant dans la Région.

79. Diverses interventions prioritaires ont pour but d'atténuer la charge que représentent les maladies cardiovasculaires dans la Région. Il s'agit notamment de créer un programme national de lutte contre les maladies non transmissibles, et en particulier les maladies cardiovasculaires, de mettre en place des systèmes de surveillance fondés sur les facteurs de risque, de renforcer les capacités du personnel de santé, de veiller à ce que des médicaments d'un bon rapport coût/efficacité soient disponibles contre les maladies cardiovasculaires, de veiller à l'application de la Convention-cadre sur la lutte antitabac et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et, enfin, de pratiquer la prévention primaire et secondaire des cardiopathies rhumatismales.

80. Le document souligne en conclusion que les maladies cardiovasculaires sont un grave problème de santé publique dans la Région. Des interventions prioritaires doivent être mises en œuvre rapidement et une grande priorité devrait être accordée à la prévention primaire et à la promotion de la santé. Un plaidoyer énergique et un engagement politique fort s'imposent.

81. Les membres du Sous-Comité du Programme ont remercié le Secrétariat pour le document. Ils ont exprimé la nécessité d'y inclure les données et les tableaux, y compris le graphique conceptuel, sur l'approche STEPS, utilisés dans la présentation pour enrichir le document. Les pays doivent faire davantage pour réduire les risques liés au tabac de même que mettre en place des systèmes de diagnostic et de surveillance pour les autres facteurs de risque, mener notamment des enquêtes STEPS. Les gouvernements devraient créer des environnements favorables pour permettre aux gens d'adopter des modes de vie sains en tant que principale stratégie de prévention. En raison du décalage entre l'institution de mesures préventives et l'observation d'une tendance au déclin des MCV, des interventions menées en temps opportun, comme pratiquer une activité physique et adopter un régime alimentaire approprié, sont nécessaires. Les participants ont demandé si l'intégration de l'approche STEPS dans d'autres enquêtes nationales, comme les enquêtes démographiques et sanitaires ainsi que les enquêtes sanitaires générales était faisable, pour éviter la fragmentation et la duplication des efforts. Les pays ont été encouragés à adopter les politiques sur les MNT en accordant une place particulière aux MCV.

82. Des membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) partout où il est fait référence à «mortalité» dans le document, il faudrait y inclure «morbidité»;
- b) dans les paragraphes 29, 33 et 35, il faut décrire de manière explicite les préventions primaire, secondaire et tertiaire;
- c) au paragraphe 32, le document devrait soumettre des propositions et des recommandations concrètes à l'intention des États Membres;
- d) au paragraphe 38, l'impact des dissensions et de l'instabilité sociales devrait être inclus en tant que partie intégrante des déterminants socio-économiques;
- e) dans la partie Rôles et responsabilités, il faudrait rendre plus explicite le paragraphe 39(b); aux paragraphes 39 et 40, l'importance de l'intégration doit être clairement comprise; il faudrait dire exactement de quelle manière l'OMS pourrait contribuer à réduire la charge des MVC comme on l'indique au paragraphe 40(b).

83. Le Secrétariat a exprimé son appréciation des commentaires et des suggestions faits par le Sous-Comité et a assuré les membres de l'intégration de ceux-ci dans la version révisée. Les données disponibles des pays relatives à l'approche STEPS seraient utilisées pour actualiser le document et formuler des politiques de lutte contre les maladies cardiovasculaires de même que des programmes de prévention et de lutte.

84. Le défi posé par les maladies non transmissibles requiert une intégration et une réponse multisectorielle. Des politiques portant sur les MNT devraient être élaborées dans le cadre des politiques nationales de santé. Il a été indiqué que l'intégration des enquêtes STEPS dans les enquêtes nationales était possible après une adaptation. En ce qui concerne le rôle de l'OMS, la réunion a été informée que le Secrétariat aiderait les États Membres sur le plan de l'information, de l'évaluation des facteurs de risque, de l'appui technique et de la mobilisation des ressources. En intervenant sur les huit facteurs de risque, on réduirait en général de manière intégrée l'incidence des MNT. Les membres ont été informés qu'un site Internet est disponible pour les résultats des enquêtes STEPS et d'autres programmes MNT pertinents dans la Région.

85. Le Sous-Comité du Programme a approuvé le document tel que modifié et a préparé sur le sujet un projet de résolution à soumettre au Comité régional pour examen et adoption.

**MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC  
DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**  
(document AFR/RC55/PSC/9)

86. Le Dr Rufaro Chatora, du Secrétariat, a présenté le document sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui est divisé en six parties : introduction, situation actuelle, défis, opportunités, perspectives et conclusion.

87. À l'échelle mondiale, le tabagisme est la principale cause de décès évitables et l'on estime qu'il tue 4,9 millions d'individus chaque année. C'est la deuxième principale cause de décès dans le monde. En 2020, le nombre de ces décès atteindra 10 millions par an, dont 70 % dans les pays en développement. En Afrique, la prévalence du tabagisme était de 29 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes en 2000. Du fait que le tabagisme est un important facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires et le cancer, il vient s'ajouter à la double charge de morbidité que supporte l'Afrique, une région aux prises avec le VIH/SIDA et le paludisme. En santé publique, le plus fort impact du tabagisme est le risque accru de tuberculose, maladie qui pose un problème particulier en Afrique.

88. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été élaborée pour combattre l'épidémie de tabagisme. Elle est entrée en vigueur le 27 février 2005 et a désormais force de loi pour les 40 premiers pays – dont cinq pays africains – qui sont devenues Parties contractantes avant le 30 novembre 2004. Au 1<sup>er</sup> juin 2005, neuf pays de la Région africaine avaient ratifié la Convention, sept ne l'avaient pas signée et 30 prenaient des dispositions pour la ratifier.

89. Il est impératif de fixer des buts pour la mise en œuvre et d'établir des plans et stratégies pour l'application de la Convention, démarche qui comporte deux étapes essentielles : l'établissement d'un plan national et la définition d'un cadre juridique et institutionnel pour la mise en œuvre de la Convention. L'importance de la santé publique devrait l'emporter sur l'importance économique du tabac. Les États Membres devraient exploiter les liens indéniables entre la lutte antitabac et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

90. Les membres du Sous-Comité ont remercié le Secrétariat de la qualité du document, qui vient à point nommé. Ils ont déploré que, dans la Région africaine, seuls 9 pays sur 46 aient ratifié la Convention. La situation n'est pas encourageante car, en Afrique, les gens sont extrêmement vulnérables à l'influence de la publicité des multinationales du tabac, qu'une législation stricte dans leur pays d'origine a forcées à délocaliser leurs activités de production et de vente de tabac dans des pays en développement qui n'ont pas de législation analogue.

91. Ils ont estimé qu'il fallait : i) inviter instamment les États Membres à accélérer la ratification de la Convention pour qu'ils puissent faire entendre leur voix dans les futurs débats internationaux sur la lutte antitabac; ii) fixer une date-butoir pour la ratification de la Convention par les États Membres de la Région africaine; iii) intensifier l'action de sensibilisation et de plaider parmi les législateurs des pays qui n'ont pas ratifié la Convention; iv) intensifier l'action de sensibilisation et de plaider parmi les Chefs d'État par le truchement de l'Union africaine pour veiller à ce que l'Afrique ne soit pas à la traîne en matière de prévention et d'endigement des maladies non transmissibles liées au tabagisme; v) intensifier les efforts pour accroître le nombre de pays qui ratifient la Convention; vi) faire du Comité régional une tribune pour une action conjointe de plaider en Afrique en faveur de la ratification; vii) encourager les pays à élaborer une législation sur la lutte antitabac (publicité, lieux sans tabac) et à faire appliquer les textes.

92. Les membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) dans l'Introduction, au paragraphe 2, inclure le cancer du poumon et faire ressortir les liens entre le tabac et les maladies cardiovasculaires;
- b) dans la section intitulée Situation actuelle, au paragraphe 9, mettre à jour le nombre des pays qui ont ratifié la Convention;
- c) au paragraphe 20, première phrase, ajouter les mots «le recul de la pauvreté» entre «lutte antitabac» et «et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement»;
- d) au paragraphe 21, insérer une phrase pour exhorter les pays qui n'ont pas ratifié la Convention à le faire;
- e) dans la Conclusion, inclure une phrase pour encourager les pays qui n'ont pas ratifié la Convention à le faire.

93. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions et leur a donné l'assurance qu'elles seraient prises en compte dans la version révisée du document. Toutefois, en ce qui concerne plus particulièrement la ratification, les pays ont été instamment invités à déposer l'instrument de ratification auprès de la section des traités de l'ONU à New York. Il a été souligné que les législations spécifiques en matière de lutte antitabac devaient être compatibles avec les dispositions de la Convention. La considération primordiale doit être d'agir dans l'intérêt de la santé publique.

94. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

#### **CLONAGE HUMAIN À DES FINS DE REPRODUCTION : SITUATION ACTUELLE** (document AFR/RC55/PSC/10)

95. Le Dr Doyin Oluwole, du Secrétariat, a présenté le document sur le clonage à des fins de reproduction, dans lequel sont examinés les aspects éthiques de la question, les avantages potentiel du clonage à des fins autres que la reproduction, la situation actuelle dans la Région africaine, les perspectives d'avenir, la surveillance et l'évaluation, et enfin, la conclusion.

96. Le mot *clonage* est un terme généralement utilisé par les scientifiques pour décrire différents processus de reproduction du matériel biologique. Un *clone* est un organisme qui est la copie génétique d'un organisme existant. Le *transfert de noyau* est une technique qui sert à reproduire du matériel génétique en créant un embryon par transfert et fusion d'une cellule diploïde dans un oocyte femelle énucléé. Lorsque cette technique est utilisée pour le clonage d'êtres humains à des fins de reproduction, elle suscite de graves préoccupations éthiques et l'on y voit une menace pour la dignité humaine.

97. Depuis des années, la communauté internationale tente sans succès de parvenir à un consensus sur la question du clonage d'êtres humains à des fins de reproduction. En février 2005, la Commission juridique de l'Assemblée générale des Nations Unies a recommandé à l'Assemblée d'adopter une déclaration sur le clonage humain. Les États Membres étaient

invités à interdire toutes les formes de clonage humain dans la mesure où elles sont incompatibles avec la dignité humaine et la protection de la vie humaine.

98. Le but du document est de sensibiliser les ministères de la santé des pays de la Région africaine en leur donnant des informations essentielles pertinentes sur le clonage humain à des fins de reproduction et sur ses conséquences pour l'état de santé de la population.

99. Certaines des préoccupations éthiques face au clonage à des fins de reproduction concernent le risque de dommages physiques, psychologiques ou sociaux, l'exploitation des pauvres ou encore le déséquilibre dans la répartition des ressources et le peu d'attention accordée aux questions prioritaires, particulièrement en Afrique. Parmi les avantages potentiels du clonage humain à des fins non reproductives et du transfert de noyau figurent notamment l'utilisation de cellules souches comme cellules de remplacement pour traiter certaines maladies chroniques et pour aider à mettre au point des médicaments, des techniques de diagnostic ainsi que la création de nouvelles cellules et de nouveaux tissus pour les transplantations.

100. Dans la plupart des pays d'Afrique, il n'existe pas de réglementation ni de politique spécifique en matière de manipulations génétiques à des fins de traitement, de recherche et de reproduction, d'où un risque accru d'expériences et de projets illégaux ou contraires à l'éthique faisant intervenir la reproduction humaine.

101. Face à ces problèmes, les pays devraient adopter des politiques et des réglementations strictes ainsi que des mécanismes efficaces de mise en œuvre et de suivi, y compris des comités nationaux d'éthique. L'OMS et ses partenaires sont invités à fournir une assistance technique et financière aux pays pour qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires. Les États Membres sont invités à faire en sorte que les travaux de recherche médicale se déroulent selon des modalités qui respectent les principes éthiques et préservent la dignité de l'être humain.

102. Les membres du Sous-Comité se sont félicités de la qualité du document, qui vient à point nommé. Ils ont d'autre part souligné l'utilité des informations techniques qui y figurent.

103. Lors des discussions, les membres du Sous-Comité ont rappelé qu'un débat était en cours aux niveaux national et international mais qu'aucun consensus n'est établi jusqu'à présent. Ce grand débat porte sur la délimitation entre clonage humain à des fins de reproduction et clonage thérapeutique ainsi que sur les répercussions éthiques et morales de l'un et l'autre.

104. Les membres du Sous-Comité ont rappelé les termes du débat qui a eu lieu récemment aux Nations Unies et où trois grandes positions ont été exprimées, à savoir : rejeter toutes les formes de clonage; n'autoriser que le clonage thérapeutique; enfin, demander d'approfondir la discussion. La plupart des pays africains se sont rangés dans le premier ou le troisième groupe.

105. Certains pays d'Afrique se sont déjà dotés d'un comité d'examen éthique chargé de donner des avis sur la recherche en santé. L'OMS a été invitée à aider au renforcement de ces comités pour qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires face aux problèmes

nouveaux, comme le clonage humain et la recherche sur les cellules souches, et le suivi de la Déclaration des Nations Unies.

106. Les membres du Sous-Comité ont d'autre part admis que le document sous examen était pour l'essentiel un document d'information, qui donne les renseignements techniques et scientifiques nécessaires pour mieux participer au débat international en cours.

107. Les membres ont fait les suggestions spécifiques ci-après en vue d'améliorer le document :

- a) la section intitulée Situation actuelle devrait inclure des informations sur les pays qui reçoivent déjà de nombreuses demandes de création d'une banque ou d'un laboratoire de cellules souches, ainsi que des informations sur les pays qui se sont dotés d'un cadre juridique;
- b) au paragraphe 18, ajouter : e) aider les pays à renforcer leur capacité de mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies;
- c) au paragraphe 21, mentionner le consensus actuel sur l'interdiction du clonage humain à des fins de reproduction et l'absence de consensus sur l'interdiction du clonage thérapeutique.

108. Le Secrétariat a remercié les membres du Sous-Comité de leurs observations et suggestions et leur a donné l'assurance qu'elles seraient prises en compte dans la version révisée du document. Il a été souligné que le document, qui donne des informations scientifiques et techniques, a pour but de renseigner les pays et leur fournir des orientations. Il s'agit de donner aux pays les moyens de participer de façon adéquate au débat national et international. Le document n'a aucune valeur prescriptive quant à la position que les pays ou l'Afrique devraient adopter. Avec les rôles et les responsabilités suggérés, les pays sont censés prendre des mesures préventives, puisque sont préconisées dans le document des actions qui leur permettront d'être mieux préparés pour relever les nouveaux défis liés au clonage humain et les questions d'ordre éthique pour la recherche en santé en général. Le Sous-Comité a également été informé que le document a été préparé pour donner suite à une demande formulée à la cinquante-quatrième session du Comité régional et que le Bureau régional aiderait les pays à mettre en place et/ou à renforcer les capacités des comités d'éthique.

109. Le Sous-Comité a approuvé le document tel que modifié en vue de sa soumission au Comité régional pour examen et adoption.

### **PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ALLOCATION STRATÉGIQUE DES RESSOURCES** (document AFR/RC55/PSC/11)

110. Le Dr Paul Lusamba-Dikassa, du Secrétariat, a fait la présentation du document relatif aux principes directeurs, lequel contient l'information concernant l'allocation stratégique des ressources, les principes directeurs, les trois perspectives, le mécanisme et le processus de validation.

111. En 1998, la résolution WHA51.31 a introduit dans les six régions de l'OMS un mécanisme pour l'allocation des ressources. Par la suite, les budgets de l'Afrique et de l'Europe ont augmenté tandis que ceux des quatre autres régions ont diminué. Le rapport d'évaluation a été présenté à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé où ces quatre Régions ont demandé d'abandonner la formule d'allocation des ressources existante à la fin de 2005. La Décision WHA57(10) demandait au Directeur général de mettre au point une nouvelle formule basée sur l'équité, l'efficacité, la performance et les besoins les plus importants. Le premier projet a été produit et présenté à la cent-quinzième et à la cent-seizième sessions du Conseil exécutif.

112. Les principes directeurs sont présentés dans le contexte des changements proposés dans le cadre gestionnaire de l'OMS basé sur les résultats. Ils soulignent la nécessité d'allouer des ressources basées sur des programmes, des fonctions et des perspectives. Le document préconise le développement de trois instruments principaux à utiliser pour déterminer l'allocation de ressources : un plan stratégique à moyen terme (2008–2013), des principes et des critères d'allocation stratégique de ressources, et un mécanisme de validation.

113. Il y a sept principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources : l'allocation doit être guidée par des résultats escomptés de l'ensemble de l'organisation; le budget devrait englober toutes les ressources financières de l'OMS; le processus de planification devrait être guidé par le Programme général de Travail et les SCP; les indications de ressources relatives devraient être définies pour la totalité de la période de planification stratégique; les performances passées de programmes spécifiques devraient être prises en considération; trois perspectives – programmatique, fonctionnelle et organisationnelle – devraient être envisagées; pour finir, le processus de planification et le budget basé sur les résultats doivent être validés.

114. Lorsqu'il sera au point, le mécanisme de validation comprendra des paramètres, des indicateurs, des indices et des seuils pour l'allocation des ressources. Le mécanisme prend en compte trois composantes : la composante essentielle est liée aux fonctions de base de l'OMS; la composante engagement reflète les ressources additionnelles requises pour les fonctions administratives et la composante basée sur les besoins rend compte de la situation sanitaire et socio-économique des pays concernés et utilise un indice basé sur les besoins pour renseigner sur l'allocation de ressources additionnelles.

115. En résumé, le document propose 1) de relier l'allocation stratégique des ressources aux principaux processus gestionnaires de l'Organisation : le Programme général de Travail 2006–2015, un plan stratégique à moyen terme pour 2008–2013 et le Budget Programme; 2) de mettre au point un mécanisme de validation, et 3) de présenter à la cent-dix-septième session du Conseil exécutif les limites d'indication de ressources émergeant du mécanisme de validation.

116. Le Sous-Comité du Programme a reconnu que c'était un important document justifiant qu'on lui consacre beaucoup de temps et une analyse approfondie. Cependant, le document a été difficile à comprendre et il faudrait lui consacrer beaucoup de travail pour le rendre facilement utilisable avant sa présentation au Comité régional. Le document devrait expliquer en quoi consistait l'ancienne formule et les avantages que la Région africaine en retirerait s'il

était convenu d'un changement. Ce document devrait indiquer si ce processus fait partie de la réforme générale de l'OMS.

117. Le Sous-Comité a fait les suggestions spécifiques suivantes pour améliorer le document :

- a) l'introduction devrait fournir un aperçu général plus précis de l'ancienne formule et expliquer les composantes essentielles, préciser les fonctions essentielles dans le document et indiquer si ces fonctions essentielles se limitent uniquement au Siège;
- b) au paragraphe 11, la notion de l'approche de la «gestion basée sur les résultats» est subjective et peut conduire à désavantager des Régions et des bureaux de pays;
- c) dans la partie Allocation stratégique des ressources, ajouter d'autres principes comme la question de la décentralisation fiscale – mouvements de fonds entre le Siège et les Régions, engagement à long terme et la faculté de prédire les ressources émanant de bailleurs de fonds et d'États Membres pour faciliter la planification stratégique;
- d) au paragraphe 12, Principe 6, les questions posées dans ce paragraphe sont de pure forme étant donné que l'on sait où le travail est fait au mieux;
- e) dans la partie Allocation stratégique des ressources en fonction des trois perspectives, indiquer à quel point la formule d'allocation sera flexible, si les priorités changent et si les pays doivent ré-allouer des fonds;
- f) au paragraphe 17, septième point, ajouter «dans un esprit de décentralisation»;
- g) au paragraphe 24, dernière phrase, expliquer la pertinence de la catégorisation des coûts escomptés en «élevés, moyens ou faibles»;
- h) dans la partie Dispositif de validation, paragraphe 34, la dernière phrase a besoin d'une révision : elle semble contradictoire, étant donné que les Régions ne sont pas égales;
- i) au paragraphe 38, clarifier le sens de la composante essentielle et expliquer qu'elle niveau de l'organisation devrait en être responsable et si elle serait financée sur des fonds de contributions volontaires ou sur le budget régulier;
- j) dans la partie, Processus d'allocation stratégique de ressources, paragraphe 43 : ajouter après «Comité régional» après les différents Comités du Siège.
- k) au paragraphe 44, supprimer «à prendre note du rapport» et mettre à la place «débatte du rapport et à l'adopter»; le processus auquel il est fait référence dans le sous-titre devrait être élucidé et cela devrait être clair si des budgets renouvelables accompagneront le plan stratégique à moyen terme.

118. Le Secrétariat a remercié le Sous-Comité pour ses commentaires et l'a informé qu'il s'agissait d'un document qui est toujours en cours d'évolution. Il entre dans le cadre de la réforme générale de l'OMS et répond au contexte actuel dans lequel le gros du budget provient des fonds de contributions volontaires qui sont imprévisibles. Des consultations sont en cours dans toutes les Régions avant de le finaliser et il y a lieu de se pencher davantage sur des questions comme les indicateurs et la pondération. La formule précédente était basée sur le fait que la majeure partie du financement provenait du budget régulier. Les participants ont été assurés qu'il était peu probable que la nouvelle approche se traduise par un désavantage pour la Région africaine, étant donné qu'elle comprend plus de pays à soutenir et a des besoins plus importants que toutes les autres régions.

119. Les ministres de la santé de la Région africaine ont pris connaissance d'un projet précédent de document au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé et ont pris position sur la question et ce document est disponible. Ils ont demandé l'opportunité d'obtenir une analyse plus approfondie en provenance des Régions. C'est la raison pour laquelle le document sera présenté au prochain Comité régional.

### **PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE : UN APPEL POUR UNE ACTION ACCELEREE**

120. Le Directeur régional a présenté le document intitulé «Prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine – un appel pour une action accélérée», fournissant un bref résumé de la situation du VIH/SIDA dans la Région et mettant l'accent sur la nécessité d'intensifier l'action dans le domaine de la prévention. Il a demandé l'avis du Sous-Comité sur la proposition de déclarer l'année 2006 «Année de l'accélération de la prévention du VIH en Afrique, en vue de présenter la question à l'approbation du Comité régional. Il relève de la fonction du Sous-Comité du Programme de conseiller le Directeur régional en fonction des besoins entre les sessions du Comité régional.

121. Le Sous-Comité du Programme a adhéré à l'unanimité à l'initiative d'intensifier la prévention de l'infection à VIH et de déclarer l'année 2006, année d'intérêt spécial sur le sujet. Il a insisté sur certains points devant être soulignés dans le document et lors des discussions de la Table ronde proposée pour la cinquante-cinquième session du Comité régional, à savoir :

- a) Analyser et comprendre de manière approfondie les raisons pour lesquelles les efforts de lutte contre l'infection à VIH dans la Région n'ont pas été couronnés de succès jusqu'ici;
- b) Comprendre les facteurs relatifs aux différences de situation, d'une part, entre les pays d'Afrique, et d'autre part, entre l'Afrique et les autres continents;
- c) Mettre l'accent sur les changements de comportements qui pourraient permettre aux gens de traduire leurs connaissances par un comportement protecteur;
- d) Elaborer impérativement des approches permettant de suivre l'incidence, outre la prévalence, afin de démontrer l'impact des interventions de prévention;

- e) Faire en sorte que la décision relative à cette initiative soit incorporée dans l'allocution du Secrétaire Général des Nations Unies qui sera prononcée devant l'Assemblée Générale en septembre 2005;
- f) Continuer d'insister sur l'amélioration de l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, tout en restant axé sur la prévention;
- g) Donner la priorité à la prévention de la transmission mère-enfant de même qu'à des interventions ciblant les toxicomanes consommant de la drogue sous forme intraveineuse;
- h) Aborder les besoins des orphelins, notamment, en se basant sur le thème de la Journée de l'Enfant africain en 2005, qui a trait à la protection contre l'infection à VIH;
- i) Faire en sorte que l'intégration et la coordination soient des principes clés dans la mise en œuvre de l'initiative;
- j) Accorder une large place à des stratégies et approches novatrices afin de faire la différence dans la prévention du VIH;
- k) Établir, dans la proposition à soumettre au Comité régional, un calendrier, y compris une date de commémoration.

122. Le Directeur régional a remercié le SCP pour le soutien accordé à l'initiative. Il a indiqué que la prévention de l'infection à VIH serait examinée à l'occasion d'une Table ronde au cours de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Il a également fait savoir aux participants qu'il avait eu une consultation multidisciplinaire sur la prévention de l'infection à VIH et qu'un rapport comportant de nombreuses recommandations novatrices serait communiqué aux membres du SCP. Après l'approbation du SCP, il annoncera publiquement l'initiative, prendra des mesures immédiates et soumettra la proposition au Comité régional.

123. Le SCP a approuvé la déclaration «Année 2006 année de l'accélération de la prévention du VIH» et a recommandé que le Comité régional adopte cette initiative.

### **SOMMET MINISTERIEL MONDIAL SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ, 2008**

124. Le Directeur régional a présenté le document intitulé «Invitation à faire des offres pour abriter le Sommet ministériel mondial sur la Recherche en Santé, 2008». Il a été rappelé que la Déclaration de Mexico sur la Recherche en Santé a été examinée et débattue par la Cinquante Huitième Assemblée mondiale de Santé qui a par la suite adopté une résolution sur cette question intitulée «Sommet mondial sur la Recherche en Santé». L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la proposition du Sommet ministériel de Mexico d'organiser le Sommet ministériel de 2008 dans la Région africaine de l'OMS. En outre, le Directeur régional a indiqué que le but du Sommet ministériel de 2008 était de promouvoir la culture et la pratique de la recherche, de générer des connaissances, et de les utiliser, condition nécessaire pour atteindre les objectifs sanitaires aux niveaux national et international afin d'améliorer les performances des systèmes nationaux de santé et de renforcer le

développement socioéconomique des pays. Le Sous-Comité du Programme a bien accueilli la proposition de tenir le Sommet ministériel dans la Région africaine et s'est félicité de la procédure qui consiste avoir des consultations avec les États Membres afin d'identifier et choisir le pays qui abriterait cet événement.

125. Le Sous-Comité a accepté les critères proposés pour le choix du pays hôte et proposé au Directeur régional une liste de pays qui devrait être examinée lors des consultations avec les gouvernements. Les pays proposés sont l'Algérie, le Kenya, le Mali, le Mozambique, le Nigéria, le Rwanda, le Sénégal et l'Afrique du Sud.

126. Le point sera examiné à la cinquante-cinquième session du Comité régional pour décision.

#### **ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME (AFR/RC55/PSC/12)**

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

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

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

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

- a) Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour la mise en oeuvre dans la Région africaine  
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- b) Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives  
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- c) Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé :  
Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine  
Professeur Mohammed Lemine Ba (Président)
- d) Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux :  
Problèmes, défis, et perspectives dans la Région africaine  
Dr Boureima Hama Sambo (Rapporteur)
- e) Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une Stratégie pour la Région africaine  
Dr Boureima Hama Sambo (Rapporteur)

- f) Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives  
Dr Habib Saizi Somanje (Rapporteur)
- g) Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives  
Dr Habib Saizi Somanje (Rapporteur)
- h) Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle  
Dr Alexandre Manguelle (Rapporteur)
- i) Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques  
Dr Alexandre Manguelle (Rapporteur)
- j) Prévention de l'infection à VIH dans la Région africaine : un appel pour une action accélérée  
Professeur Mohammed Lemine Ba
- k) Sommet ministériel mondial sur la Recherche en santé, 2008.

#### **CLÔTURE DE LA REUNION**

130. Le Président du Sous-Comité du Programme, le Professeur Mohammed Lamine Ba, a remercié les membres du Sous-Comité de lui avoir facilité la tâche. Il les a remerciés pour leur patience, leur attention, leur participation active, et leur collaboration tout au long de la réunion. Il a félicité le Directeur régional et le personnel du Bureau régional pour la qualité et la pertinence des documents présentés, car elles ont facilité les discussions.

131. Le Président du Sous-Comité du Programme a porté à la connaissance des membres que Madagascar, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, l'Île Maurice et le Mozambique étaient parvenus à la fin de leur mandat en tant que membres du Sous-Comité du Programme. Il les a remerciés pour la diligence dont ils ont fait preuve pendant les travaux du Sous-Comité. Ces pays seront remplacés par l'Afrique du Sud, les Seychelles, la Sierra Leone, le Swaziland, la Tanzanie et le Togo.

132. Le Directeur régional a remercié le Président pour la compétence avec laquelle il a dirigé les travaux tout au long de la réunion. Il a également remercié les membres du Sous-Comité pour l'excellente qualité de leur contribution et de leurs conseils, qui ont permis d'enrichir les documents. Il a assuré les membres du Sous-Comité que leurs suggestions et recommandations seraient prises en compte lors de la révision des documents en vue de discussions plus approfondies qui auront lieu lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Il a remercié les membres du Sous-Comité pour leur indulgence car ils ont examiné deux points qui n'étaient pas à l'ordre du jour.

133. Le Directeur régional a remercié les membres du Sous-Comité, les interprètes, les traducteurs et le Secrétariat pour l'excellente qualité de leur travail, qui a contribué au succès de la réunion.

134. Le Président déclare la réunion close.

**ANNEXE 1**

**LISTE DES PARTICIPANTS**

**MEMBRES DU SOUS-COMITÉ  
DU PROGRAMME**

**MADAGASCAR**

Prof. Erline H. Rasik indrahona  
Directeur de la Promotion de la Santé

**MALAWI**

Dr Habib Saizi Somanje  
Director of Preventive Health Services

**MALI**

Dr Sidy Diallo  
Conseiller technique du Ministère de la Santé

**MAURITANIE**

Prof. Mohamed Lemine Ba  
Conseiller technique du Ministre de la Santé

**MAURICE**

Mr Yogendr'nath Ramful  
Senior Principal Health Economist

**MOZAMBIQUE**

Dr Alexandre Lourenço Jaime Manguele  
Assessor do Ministro de Saúde

**NAMIBIE**

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

**NIGER**

Dr Boureima Hama Sambo  
Directeur de la Santé

**NIGÉRIA**

Dr Shelu Sule  
Director, Health Planning and Research

**RWANDA**

Dr Eliphaz Ben Karenzi  
Secrétaire général du Ministère de la Santé

**SAO TOMÉ ET PRINCIPE**

Dr José Manuel de Jesus Alves Carvalho  
Coordenador da Direcção-Geral dos Cuidados  
de Saúde

**SÉNÉGAL**

Dr Babacar Dramé  
Directeur de la Santé

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

Dr Shyam Shunker Manraj  
Consultant (Pathology Services)  
Central Health Laboratory, CANDOS  
Victoria Hospital, Mauritius  
Chairman of AACHRD

**3. OBSERVATEUR**

Mrs Dedeh Jones\*  
Chief Nursing Officer of the Ministry of  
Health and Social Welfare  
Liberia

---

\* N'a pas pu participer.

**ANNEXE 2****ORDRE DU JOUR**

1. Ouverture de la réunion
2. Élection du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/PSC/1)
4. Budget Programme de l'OMS 2006–2007 : Orientations pour l'exécution dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/3)
5. Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/PSC/4)
6. Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/5)
7. Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/6)
8. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/7)
9. Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/8)
10. Mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/9)
11. Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/PSC/10)
12. Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques (document AFR/RC55/PSC/11)
13. Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/PSC/12)
14. Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
15. Clôture de la réunion

**ANNEXE 3****PROGRAMME DE TRAVAIL****1<sup>er</sup> JOUR : MARDI 14 JUIN 2005**

10h00 – 10h10	<b>Point 1 de l'ordre du jour</b>	Ouverture de la réunion
10h10 – 10h20	<b>Point 2 de l'ordre du jour</b>	Élection du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
10h20 – 10h30	<b>Point 3 de l'ordre du jour</b>	Adoption de l'ordre du jour (document AFR/RC55/PSC/1)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 12h30	<b>Point 4 de l'ordre du jour</b>	Budget Programme de l'OMS 2006–2007 :Orientations pour l'exécution dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00 – 16h00	<b>Point 5 de l'ordre du jour</b>	Stratégies de coopération avec les pays : Mise en oeuvre, leçons apprises et perspectives (document AFR/RC55/PSC/4)

**2<sup>ème</sup> JOUR : MERCREDI 15 JUIN 2005**

09h00 – 10h30	<b>Point 6 de l'ordre du jour</b>	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/5)
10h30 – 11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00 – 12h30	<b>Point 7 de l'ordre du jour</b>	Production locale de médicaments essentiels y compris les antirétroviraux : Problèmes, défis et perspectives dans la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/6)
12h30 – 14h30	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h30 – 16h00	<b>Point 8 de l'ordre du jour</b>	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine (document AFR/RC55/PSC/7)
17h00	<i>Cocktail</i>	

*Annexe 3*

**3<sup>ème</sup> JOUR : JEUDI 16 JUIN 2005**

09h00 – 10h30	<b>Point 9 de l'ordre du jour</b>	Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/8)
10h30–11h00	<i>Pause-café</i>	
11h00–12h30	<b>Point 10 de l'ordre du jour</b>	Mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives (document AFR/RC55/PSC/9)
12h30–14h00	<i>Pause-déjeuner</i>	
14h00–16h00	<b>Point 11 de l'ordre du jour</b>	Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : Situation actuelle (document AFR/RC55/PSC/10)
16h00–17h00	<b>Point 12 de l'ordre du jour</b>	Principes directeurs pour l'allocation des ressources stratégiques (document AFR/RC55/PSC/11)

**4<sup>ème</sup> JOUR : VENDREDI 17 JUIN 2005**

09h00 – 16h00	<b>Rédaction du rapport</b>	(Travail du Secrétariat)
16h00	<b>Points 13, 14 et 15 de l'ordre du jour</b>	
	??	Adoption du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC55/PSC/12)
	??	Attribution des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme au Comité régional
	??	Séance de clôture





ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC55/6

17 juin 2005

Cinquante-cinquième session

ORIGINAL : ANGLAIS

SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

Brazzaville, Congo, 14–17 juin 2005

Point 8 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME

SOMMAIRE

	Paragraphes
OUVERTURE DE LA RÉUNION .....	1 – 10
BUDGET PROGRAMME DE L'OMS 2006–2007 : ORIENTATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/3) .....	11 – 26
STRATÉGIES DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS : MISE EN ŒUVRE, LEÇONS APPRISSES ET PERSPECTIVES (document AFR/RC55/PSC/4) .....	27 – 39
ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ : ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/5) .....	40 – 53
PRODUCTION LOCALE DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS Y COMPRIS LES ANTIRÉTROVIRAUX : PROBLÈMES, DÉFIS ET PERSPECTIVES DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/6 .....	54 – 65
LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE : UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/7) .....	66 – 74

	<b>Paragraphes</b>
LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES (document AFR/RC55/PSC/8) .....	75 – 85
MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC DANS LA RÉGION AFRICAINE (document AFR/RC55/PSC/9) .....	86 – 94
CLONAGE HUMAINS À DES FINS DE REPRODUCTION : SITUATION ACTUELLE (document AFR/RC55/PSC/10) .....	95 – 109
PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ALLOCATION STRATÉGIQUE DES RESSOURCES (document AFR/RC55/PSC/11) .....	110 – 119
PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION AFRICAINE .....	120 – 123
SOMMET MINISTERIEL MONDIAL SUR LA RECHERCHE EN SANTE ....	124 – 126
ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME .....	127
ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS POUR LA PRÉSENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL .....	128 – 129
CLÔTURE DE LA REUNION .....	130 – 134

## **ANNEXES**

	<b>Page</b>
1. Liste des participants .....	28
2. Ordre du jour .....	29
3. Programme de travail .....	30

## **PROJETS DE RÉOLUTIONS**

AFR/RC55/WP/1	Budget Programme de l'OMS pour 2006–2007 : Orientations pour sa mise en œuvre dans la Région africaine
AFR/RC55/WP/2	Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé : Analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine
AFR/RC55/WP/3	Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : Une stratégie pour la Région africaine
AFR/RC55/WP/4	Les maladies cardiovasculaires dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives