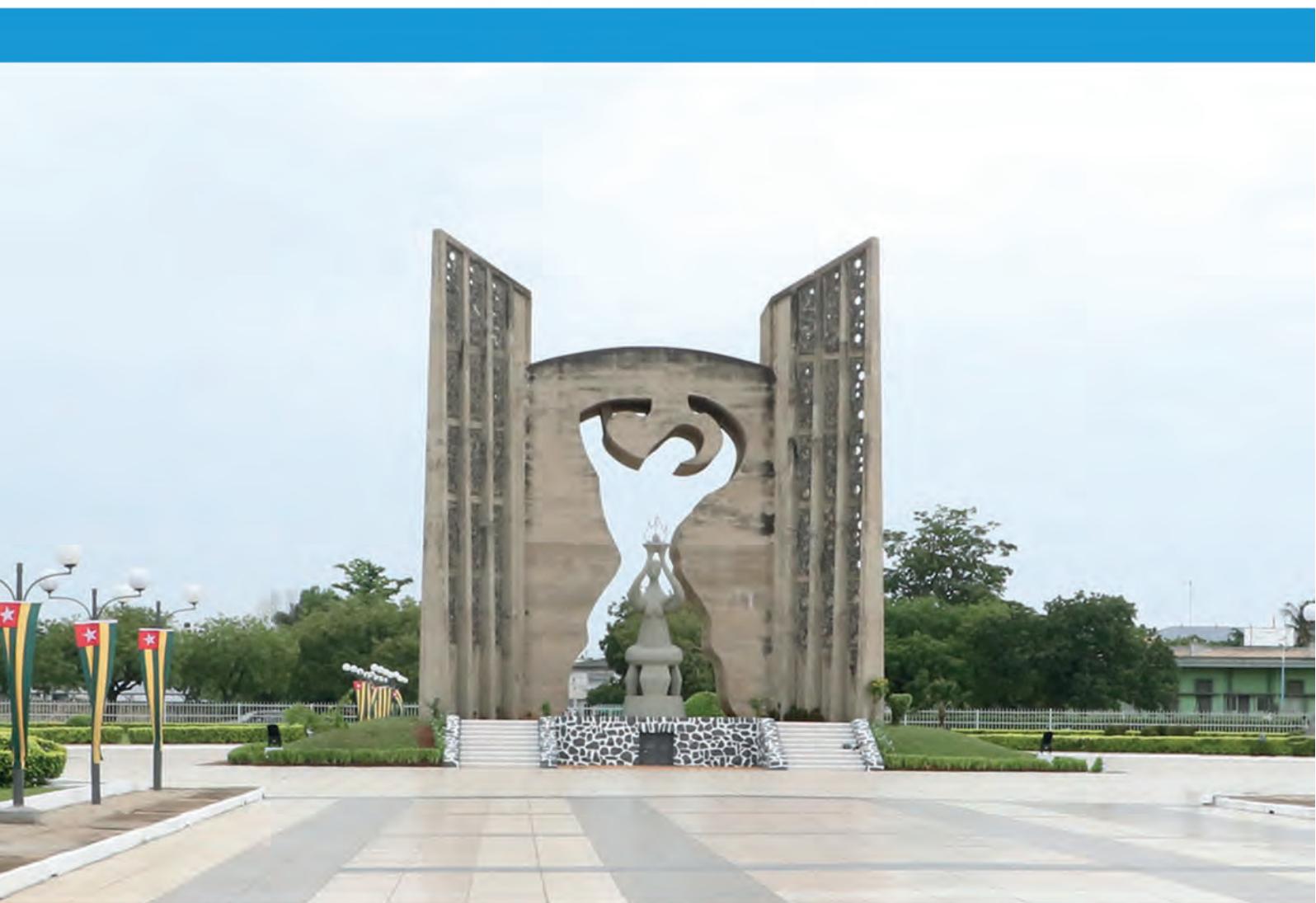


**SOIXANTE-DOUZIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE, LOMÉ,
RÉPUBLIQUE TOGOLAISE,
22-26 AOÛT 2022**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Région africaine

**SOIXANTE-DOUZIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS
POUR L'AFRIQUE, LOMÉ,
RÉPUBLIQUE TOGOLAISE,
22-26 AOÛT 2022**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ-
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE
BRAZZAVILLE • 2022**

**Rapport de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
AFR/RC72/14**

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2022

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Rapport de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo

SOMMAIRE

ACRONYMES ET SIGLES.....	vi
--------------------------	----

PARTIE I

DÉCISIONS DE PROCÉDURE		Pages
Décision 1	Procédures spéciales régissant de la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional	2
Décision 2	Élection du président, des vices-présidents et des rapporteurs de la soixante-douzième session du Comité régional	2
Décision 3	Composition de la commission de vérification des pouvoirs.....	3
Décision 4	Pouvoirs	3
Décision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme	3
Décision 6	Propositions concernant la désignation des États Membres de la Région africaine qui devront siéger au Conseil exécutif et être élus à des postes au Bureau du Conseil exécutif ...	3
Décision 7	Proposition concernant la désignation des États Membres de la Région africaine qui devront siéger au Bureau de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé.....	4
Décision 8	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional.....	4
Décision 9	Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	4

RÉSOLUTIONS

AFR/RC72/R1	Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032.....	5
AFR/RC72/R2	PEN-PLUS – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau	6
AFR/RC72/R3	Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030	8
AFR/RC72/R4	Motion de remerciements	11

PARTIE II

	PARAGRAPHES
OUVERTURE DE LA SESSION	1-16
ORGANISATION DES TRAVAUX	17-22

Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document AFR/RC72/Decision 1).....	17
Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs	18
Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document AFR/RC72/1 et Document AFR/RC72/1 Add.1).....	19
Nomination des membres de la commission de vérification des pouvoirs	20-21
Rapport de la commission de vérification des pouvoirs	22
Intervention du président du Sous-Comité du Programme au Comité régional (Document AFR/RC72/2)	23-24
Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document AFR/RC72/3).....	25-46
Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle.....	47-66
PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau (Document AFR/RC72/4 et Document AFR/RC72/R2).....	47-50
Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC72/5)	51-57
Protection contre les risques financiers pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS (Document AFR/RC72/6).....	58-62
Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030 (Document AFR/RC72/7).....	63-67
Pilier 2. Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire	68-74
Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 (Document AFR/RC72/8 et Document AFR/RC72/R3).....	68-72
Organe intergouvernemental de négociation : le point de la situation et consultation sur l'avant-projet (Document AFR/RC72/9)	73-74
Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être	75-80
Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 (Document AFR/RC72/10 et Document AFR/RC72/R1)	75-80
Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays	81-98
Septième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine (Document AFR/RC72/11).....	81-85
Budget programme 2024-2025 et Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025 (Document AFR/RC72/12).....	86-95
Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional (Document AFR/RC72/13)	96-98

DOCUMENTS D'INFORMATION 99

Adoption du rapport du Comité régional (Document AFR/RC72/14)	100
Clôture de la soixante-douzième session du Comité régional.....	101-109

PARTIE III

MANIFESTATIONS SPÉCIALES Pages

Reconstruire en mieux : repenser et reconstruire des systèmes de santé résilients en Afrique pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire	40
Riposter avec célérité et qualité – Comment faire face à la menace actuelle de la poliomyélite dans la Région africaine.....	41

MANIFESTATIONS PARALLÈLES

L'approche contractuelle des formations sanitaires publiques au Togo.....	43
Préparer une campagne régionale contre la drépanocytose.....	44
Réunion des Ministres de la santé des PEID.....	46
La lutte contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés en Afrique : une approche de collaboration et d'intégration.....	47
Vers un leadership politique pour mettre fin à la tuberculose chez l'enfant d'ici à 2030 – Manifestation organisée par l'Union africaine en collaboration avec l'OMS et EGPAF.....	48
Garantir la sécurité sanitaire en Afrique – Dîner ministériel pour des échanges concernant les programmes phares du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique axés sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence	49
Bâtir des systèmes de santé résilients en Afrique en améliorant le leadership, la gestion et la gouvernance : le programme « Les voies du leadership » du Bureau régional de l'Afrique au bénéfice des États Membres.....	52
Dîner-conférence ministériel sur l'intelligence artificielle au service de la santé dans la Région africaine	54
Manifestation parallèle avec les Ministres de la santé de la Région africaine sur la septième reconstitution du Fonds mondial – organisée par le Gouvernement de la République démocratique du Congo	56

PARTIE IV

ANNEXES

1. Liste des participants	60
2. Ordre du jour.....	83
3. Projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-treizième session du Comité régional	85
4. Liste des documents.....	87

ACRONYMES ET SIGLES

ACAME	Association africaine des centrales d'achats de médicaments essentiels
CDC-Afrique	Centre africain de contrôle et de prévention des maladies
AFTCOR	Groupe de travail africain sur le coronavirus
AMA	Agence africaine des médicaments
AVoHC-SURGE	Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence (SURGE), un programme intégré au Corps africain des volontaires de la santé (AVoHC)
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation [Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique]
FCDO-UK	Ministère des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement, Royaume-Uni
vaccins à ARNm	vaccins à acide ribonucléique (ARN) messenger
COUSP	centre d'opérations d'urgence de santé publique
PRSEAH	Prévention de l'exploitation, des abus, du harcèlement sexuels et mesures destinées à y remédier
PROSE	Favoriser la résilience des systèmes face aux situations d'urgence
Initiative SAFER	acronyme utilisé pour désigner les cinq interventions offrant le meilleur rapport coût-efficacité pour réduire les méfaits de l'alcool
PEID	petits États insulaires en développement
TASS	Transformer les systèmes de surveillance en Afrique
WASH	eau, hygiène et assainissement
WGIHR	Groupe de travail sur les amendements au Règlement sanitaire international (2005)
PVS1	poliovirus sauvage de type 1

PARTIE I
DÉCISIONS DE PROCÉDURE
ET RÉOLUTIONS

World Health Organization



Organisation mondiale de la Santé



Região Africana

Région africaine

72nd session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (RC72)
72nd session of the WHO Regional Committee for Africa (RC72)
72^ª sessão do comité regional da OMS para a África (RC72)
72^ª sesión do comité regional de la OMS para África (RC72)



DÉCISIONS DE PROCÉDURE ET RÉOLUTIONS

Décision 1 Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional

Le Comité régional,

- 1) A ADOPTÉ les procédures spéciales régissant la tenue des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique, qui figurent à l'Annexe 1 de la présente décision ; et
- 2) A DÉCIDÉ que lesdites procédures spéciales s'appliquent à sa soixante-douzième session qui s'est tenue du 22 au 26 août 2022.

Décision 2 Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs de la soixante-douzième session du Comité régional

Conformément aux articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et au paragraphe 7 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-douzième session, le Comité régional de l'Afrique a élu à l'unanimité le bureau de sa soixante-douzième session, comme suit :

Président : Professeur Moustafa Mijiyawa
Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé
Togo ;

Première vice-présidente : D^{re} Khumbize Kandodo Chiponda
Ministre de la santé et de la population
Malawi ;

Deuxième vice-présidente : D^{re} Jane Ruth Aceng
Ministre de la santé
Ouganda ;

Rapporteurs : D^r Francis Kateh
Vice-Ministre de la santé
Directeur général de la santé et chef de délégation de la République du Libéria
(pour l'anglais) ;

D^{re} Francine Mbaidedji Dekandji
Secrétaire d'État à la santé publique et à la solidarité nationale et cheffe
de délégation du Tchad
(pour le français) ;

D^{re} Farida Algy Urci
Vice-Ministre de la santé et cheffe de délégation de la République du Mozambique
(pour le portugais).

Décision 3 Composition de la commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'article 3(c) du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et au paragraphe 10 des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-douzième session, le Comité régional de l'Afrique a nommé une commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants des États Membres suivants : Bénin, Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Namibie, République centrafricaine et Zimbabwe.

Décision 4 Pouvoirs

Sur la base du rapport établi par la commission de vérification des pouvoirs qui, conformément à l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et au paragraphe 10 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional, a évalué les pouvoirs que des États Membres ont soumis par voie électronique selon les dispositions du paragraphe 9 desdites Procédures spéciales, le Comité régional de l'Afrique a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des 47 États Membres suivants : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Décision 5 Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme

Le mandat du Congo, de la Gambie, de la Guinée, du Malawi, de Maurice et de la République démocratique du Congo expire à la clôture de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique. Le Comité régional a donc décidé que ces pays seront remplacés au sein du Sous-Comité du Programme par le Burundi, Eswatini, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe et la Sierra Leone. La composition complète du Sous-Comité du Programme se présentera donc ainsi qu'il suit :

Sous-région I	Sous-région II	Sous-région III
1. Libéria (2020-2023) Mali (2020-2023)	5. République centrafricaine (2020-2023)	13. Mozambique (2020-2023)
2. Mali (2020-2023)	6. Érythrée (2020-2023)	14. Namibie (2020-2023)
3. Mauritanie (2021-2024)	7. Soudan du Sud (2021-2024)	15. Seychelles (2021-2024)
4. Niger (2021-2024)	8. Ouganda (2021-2024)	16. Afrique du Sud (2021-2024)
5. Nigéria (2022-2025)	11. Burundi (2022-2025)	17. Eswatini (2022-2025)
6. Sierra Leone (2022-2025)	12. Sao Tomé-et-Principe (2022-2025)	18. République-Unie de Tanzanie (2022-2025)

Décision 6 Propositions concernant la désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif et être élus à des postes au Bureau du Conseil exécutif

Le mandat du Botswana, du Ghana, de la Guinée-Bissau et de Madagascar au sein du Conseil exécutif expire à la clôture de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2023.

En application des dispositions de la résolution AFR/RC54/R11, dans laquelle le Comité régional a décidé des modalités qui doivent être suivies, chaque année, pour la soumission d'une liste des États Membres de la Région africaine pouvant être élus par l'Assemblée de la Santé, le Comité régional de l'Afrique a décidé de proposer ce qui suit :

- a) Le Cameroun, les Comores, le Lesotho et le Togo remplaceront le Botswana, le Ghana, la Guinée-Bissau et Madagascar au Conseil exécutif à compter de la cent cinquante-troisième session, immédiatement après la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé. La Région africaine devrait donc être représentée au Conseil exécutif par les États Membres mentionnés dans le tableau ci-après :

Sous-région I	Sous-région II	Sous-région III
Sénégal (2022-2025)	Rwanda (2021-2024)	Comores (2023-2026)
Togo (2023-2026)	Éthiopie (2022-2025)	Lesotho (2023-2026)
	Cameroun (2023-2026)	

Le Comité régional de l'Afrique a également décidé de faire les propositions suivantes au Conseil exécutif :

- b) le Rwanda devrait être élu pour occuper le poste de Vice-président du Conseil exécutif à compter de la cent cinquante-troisième session du Conseil exécutif ;
- c) le Sénégal devrait être désigné pour remplacer Madagascar comme membre du Comité du programme, du budget et de l'administration (PBAC) à compter de la cent cinquante-troisième session du Conseil exécutif. L'Éthiopie et le Sénégal devraient donc représenter la Région africaine au sein du PBAC ;
- d) le Botswana et le Rwanda devraient être désignés pour siéger à la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire à compter de la première réunion de ladite Commission permanente qui se tiendra en 2022. Le Lesotho devrait remplacer le Botswana comme membre de la Commission permanente à compter de la cent cinquante-troisième session du Conseil exécutif.

Décision 7 Proposition concernant la désignation des États Membres de la Région africaine qui devront siéger au Bureau de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé

Concernant les postes du Bureau de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, le Comité régional de l'Afrique a décidé de proposer ce qui suit :

- a) le Président de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique devrait être élu au poste de Vice-président de l'Assemblée mondiale de la Santé ;
- b) le Gabon devrait occuper le poste de vice-président de la Commission B ;
- c) Cabo Verde, la Côte d'Ivoire, le Malawi, Maurice et la République démocratique du Congo devraient être élus pour siéger à la Commission générale ; et
- d) l'Algérie, l'Érythrée et la Zambie devraient siéger à la Commission de vérification des pouvoirs.

Décision 8 Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional

Le Comité régional de l'Afrique a décidé de tenir sa soixante-treizième session à Gaborone (Botswana) du 28 août au 1^{er} septembre 2023. Le Comité régional a examiné et adopté avec des amendements l'ordre du jour provisoire de sa soixante-treizième session.

Décision 9 Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

Le Comité régional de l'Afrique,

- 1) a approuvé, sur recommandation du Sous-Comité du Programme, l'accréditation de cinq acteurs non étatiques régionaux pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Il s'agit de PROMETRA, de Stichting BRAC International, de Uniting to Combat NTDs, de la Wellbeing Foundation Africa (WBFA) et de la West African Alcohol Policy Alliance (WAAPA) ; et
- 2) a reporté la décision concernant l'accréditation de la Fédération africaine des Associations des Étudiants en Médecine (FAMSA) à sa soixante-treizième session.

RÉSOLUTIONS

AFR/RC72/R1 Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032

Le Comité régional,

Ayant examiné le Document AFR/RC72/10 intitulé « Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 » ;

Considérant que près de 29 % de la charge de morbidité qui est due à des facteurs environnementaux pourrait être largement évitée en Afrique ;

Préoccupé par le fait que le changement climatique menace encore plus d'épuiser nos ressources en eau et alimentaires et sachant qu'un environnement plus sain pourra considérablement réduire la charge qui pèse sur nos systèmes de santé et alléger les conditions difficiles dans lesquelles les populations vivent ;

Notant que les États Membres de la Région africaine sont les plus vulnérables aux effets négatifs du changement climatique et, parallèlement, les moins préparés à les surmonter de façon efficace ;

Reconnaissant que les interventions continuent d'être très limitées dans leur ampleur comme dans leur impact et que la COVID-19 a nettement ralenti la mise en œuvre de la stratégie précédente, tout en fournissant des enseignements et en offrant des opportunités pour une action renouvelée ;

Saisissant l'occasion de redynamiser l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine et de contribuer au développement durable conformément au Manifeste de l'OMS pour un monde en meilleure santé et écologiquement sain après la pandémie ;

Rappelant la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008), qui crée une alliance stratégique entre le secteur de la santé et celui de l'environnement en tant que base pour l'élaboration de plans d'action conjointe ;

Rappelant aussi la Déclaration commune sur le changement climatique et la santé adoptée au cours de la Deuxième Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique (2010) ;

Rappelant encore le Plan d'action stratégique 2019-2029 qui a été adopté pour transposer à une plus grande échelle les interventions dans les domaines de la santé et de l'environnement (2018),

- 1 APPROUVE la stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à exercer des fonctions de tutelle et de direction, à nouer des partenariats avec les donateurs, les organismes multilatéraux, le secteur privé et la société civile ;
 - b) à accroître l'allocation de ressources et à intensifier les investissements nationaux dans les plateformes, initiatives et programmes qui traitent des répercussions des facteurs environnementaux sur la santé ;
 - c) à donner l'impulsion du dialogue inter pays entre les parties prenantes et à encourager les partenariats public-privé ;

- d) à élaborer le programme de recherche, à consolider les données scientifiques et à partager les expériences et les enseignements tirés de la gestion de la santé et de l'environnement dans la Région africaine ; et
 - e) à mettre en œuvre les mesures et interventions prioritaires essentielles ;
3. PRIE l'OMS et les partenaires :
- a) de définir et de diffuser des normes, des conseils sur les politiques et des orientations concernant la mise en œuvre, y compris des méthodes et protocoles pour accompagner l'action que mènent les pays ;
 - b) de faciliter le renforcement des capacités et de fournir l'assistance technique nécessaire pour l'élaboration et l'exécution de plans nationaux d'action conjointe ;
 - c) de servir de catalyseurs à la mobilisation de ressources nationales et extérieures en soutenant la formulation d'argumentaires d'investissement au niveau national pour investir dans les interventions prioritaires axées sur la santé et l'environnement ;
 - d) de plaider en faveur d'un engagement poussé, d'une visibilité accrue, de l'établissement de priorités et de la compréhension des liens entre la santé et l'environnement au sein de l'OMS et au-delà ;
 - e) de favoriser le dialogue régional entre les parties prenantes et les partenariats public-privé ; et
 - f) de faire rapport au Comité régional sur la mise en œuvre de la présente stratégie tous les deux ans à compter de 2024.

AFR/RC72/R2 PEN-PLUS – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau

Le Comité régional,

Ayant examiné le document intitulé « PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau » ;

Rappelant la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (A/RES/73/2) ; la résolution WHA66.10 (2013) de l'Assemblée mondiale de la Santé portant l'approbation du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ; la décision WHA72(11) (2019), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a prolongé jusqu'à 2030 l'application du Plan d'action mondial afin qu'il soit aligné sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; la résolution AFR/RC62/R7 intitulée « Examen et approbation de la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles » ; le treizième programme général de travail 2019-2023 et ses cibles du triple milliard, à savoir « Un milliard de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle », « Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire » et « Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être » ; et le Document AFR/RC67/12 relatif au Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ;

Rappelant également la résolution WHA61.14 (2008) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, dont le but est de réduire la mortalité prématurée et d'améliorer la qualité de la vie, ainsi que la Déclaration politique de l'Assemblée générale issue de la Réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (A/RES/74/2) ;

Notant avec une vive préoccupation que, malgré des efforts soutenus, la Région africaine supporte toujours une lourde charge de maladies non transmissibles ; que seuls deux pays de la Région sont en bonne voie pour atteindre la cible 4 de l'objectif 3 de développement durable, qui est de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles ; et que les maladies non transmissibles graves telles que les cardiopathies rhumatismales, la drépanocytose et le diabète sucré de type 1 contribuent à la charge de mortalité prématurée dans tous les pays de la Région ;

Vivement préoccupé en outre par le fait que seuls 21 États Membres utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources, ainsi que par la disponibilité limitée, dans le secteur public, de médicaments essentiels et de technologies de base pour le diagnostic et le suivi des maladies non transmissibles ;

Notant qu'en tant que partie intégrante du système de santé de district, les hôpitaux de district sont les principaux centres d'orientation-recours qui assurent, au niveau du district, la supervision administrative et opérationnelle des établissements de soins de santé primaires et des autres formations sanitaires, et que la prise en charge des maladies non transmissibles graves par les hôpitaux de district n'est généralement pas à la hauteur des attentes, faute de médicaments essentiels, de technologies, et parce que les personnels de santé de niveau intermédiaire ne sont pas dotés des compétences et des capacités requises ;

Notant par ailleurs que les établissements du secteur privé, y compris les hôpitaux appartenant à des congrégations religieuses, servent aussi de centres d'orientation-recours de premier niveau et que l'amélioration des soins dans ces établissements sera donc cruciale pour élargir la couverture sanitaire proposée aux populations ;

Réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles, dans le Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires et dans le Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable ;

Reconnaissant que le renforcement et l'institution dans les hôpitaux de district d'un système de prise en charge des maladies non transmissibles graves sur la base d'un protocole permettra de combler les lacunes dans l'accès au traitement et aux soins pour les patients atteints de maladies non transmissibles chroniques et graves tout en renforçant l'édification d'un système de prise en charge standardisée et intégrée des maladies non transmissibles sur la base d'un protocole au niveau des soins de santé primaires,

1. ADOPTE le document de stratégie intitulé « PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau » ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à élaborer et à mettre en œuvre des programmes nationaux complets, intégrés et standardisés de prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves fondés sur des protocoles, en veillant à ce que les hôpitaux de district disposent des médicaments essentiels, des technologies et des outils de diagnostic dont ils ont besoin pour garantir la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, et ce d'une façon qui tienne compte des résultats de l'analyse des obstacles répertoriés en matière de stratégie, d'infrastructures et de ressources humaines ;
 - b) à engager le dialogue avec les établissements ne relevant pas du secteur public, par l'entremise de leurs associations et des autres plateformes existantes, pour que les interventions de prise en charge des maladies non transmissibles soient proposées aux populations qui consultent dans ces hôpitaux, notamment en appliquant des normes relatives à la formation continue des équipes qui s'occupent de la prise en charge de ces maladies ;

- c) à mobiliser des ressources supplémentaires et à les allouer à des programmes standardisés et intégrés de prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves reposant sur un protocole, en veillant à ce que la mise en œuvre de ces programmes renforce et complète l'ensemble OMS d'interventions essentielles;
- d) à créer des programmes de mentorat pour renforcer le système de prise en charge standardisée et intégrée des maladies non transmissibles chroniques sur la base d'un protocole, afin que les agents de santé formés tiennent leurs connaissances et leurs compétences à jour ;
- e) à élaborer, dans les hôpitaux de district, des outils et des protocoles de prise en charge intégrée des maladies non transmissibles graves, y compris la drépanocytose, les cardiopathies rhumatismales et le diabète sucré de type 1 ;
- f) à intégrer la surveillance dans le système national d'information sanitaire et à investir dans les plateformes de santé numérique afin de transposer à une plus grande échelle les programmes ; et
- g) à collaborer avec les partenaires pour mener des travaux de recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la prise en charge des maladies non transmissibles ;

3. PRIE le Secrétariat de l'OMS et les partenaires :

- a) de mobiliser la communauté internationale pour l'amener à soutenir la prévention et la prise en charge efficace des maladies non transmissibles graves et pour qu'elle facilite l'établissement de liens, tout comme une collaboration et une coordination efficaces entre les partenaires et les parties prenantes ;
- b) de plaider pour l'allocation de ressources plus importantes à l'appui de la mise en œuvre de systèmes de prise en charge standardisée et intégrée des maladies non transmissibles chroniques et graves sur la base d'un protocole ;
- c) d'apporter aux États Membres un appui visant à améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments essentiels, des outils de diagnostic et des dispositifs de suivi dont ils ont besoin pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves ; et
- d) d'encourager et de soutenir les partenariats destinés à améliorer la formation et le savoir-faire du personnel de santé, et d'effectuer des travaux de recherche.

AFR/RC72/R3 Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030

Le Comité régional,

Ayant examiné le Document AFR/RC72/8 intitulé « Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 » ;

Rappelant les résolutions WHA58.1,¹ WHA64.10,² WHA71.1,³ WHA74.7⁴; de l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que la résolution AFR/RC61/R3 du Comité régional de l'Afrique intitulée « Document-cadre du Fonds africain pour

les urgences de santé publique (FAUSP) » et la résolution AFR/RC66/R3 du Comité régional intitulée « Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 » adoptées par les États Membres de la Région africaine de l'OMS ;

1 Résolution WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe.

2 Résolution WHA64.10 sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé.

3 Résolution WHA71.1 sur le treizième programme général de travail 2019-2023 et les cibles du triple milliard.

4 Résolution WHA74.7 sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires.

les urgences de santé publique (FAUSP) » et la résolution AFR/RC66/R3 du Comité régional intitulée « Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 » adoptées par les États Membres de la Région africaine de l'OMS ;

Notant avec une vive préoccupation la persistance de nombreuses situations d'urgence sanitaire et humanitaire et le lourd tribut que ces situations d'urgence font peser sur les systèmes de santé et les économies africaines, menaçant de réduire à néant des avancées obtenues de haute lutte au cours de nombreuses décennies ;

Conscient du fait que chaque année, la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé est confrontée à plus d'une centaine de situations d'urgence sanitaire et humanitaire, notamment des maladies infectieuses qui découlent de l'interface être humain-animal-environnement et des phénomènes climatiques tels que les sécheresses prolongées, les inondations dévastatrices et les cyclones ;

Notant avec préoccupation les effets dévastateurs de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), qui constitue un signal d'alarme pour tous les États Membres, les exhortant à donner la priorité à l'édification de systèmes de santé résilients, capables de fournir des soins de santé de qualité tout en faisant face à des situations d'urgence sanitaire ;

Reconnaissant la nécessité de renforcer les capacités de préparation et de riposte en cas d'urgence qui font partie intégrante de l'édification de systèmes de santé résilients capables de mieux faire face aux répercussions potentielles des pandémies, épidémies et autres urgences de santé publique ;

Notant les conséquences négatives des informations fausses et trompeuses et de la stigmatisation sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire, ainsi que sur la santé physique et mentale des personnes, tout comme la nécessité de battre en brèche ces informations fausses et trompeuses et cette stigmatisation dans le contexte des situations d'urgence sanitaire ;

Notant également que pour qu'elles participent à la riposte, toutes les parties prenantes doivent avoir accès au moment opportun à des informations exactes et être impliquées dans la prise des décisions qui les concernent ;

Conscient de la nécessité de consolider les acquis engrangés durant la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 (résolution AFR/RC66/R3) ;

Notant que la sécurité sanitaire régionale et mondiale est tributaire de la prise de mesures en temps voulu afin de détecter, de notifier, de confirmer les alertes épidémiques et d'organiser rapidement une riposte appropriée ;

Conscient du fait que les recommandations récentes issues d'études mondiales, notamment du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, du Comité consultatif de surveillance indépendant, du Comité d'examen du Règlement sanitaire international et conscient du fait que les enseignements tirés de la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola et à la pandémie de COVID-19 constituent des occasions uniques de renforcer les capacités de sécurité sanitaire nationale en tant que partie intégrante de l'édification de systèmes de santé résilients ;

Reconnaissant la nécessité de mettre en place un mécanisme mondial négocié pour traiter les questions liées à l'équité dans l'accès aux moyens médicaux, au partage des informations et des connaissances en temps voulu et à une meilleure conformité au Règlement sanitaire international (RSI, 2005) ;

Prenant acte du fait que l'OMS a engagé des réformes majeures afin de se doter des capacités nécessaires pour assurer la sécurité sanitaire mondiale et garantir un financement prévisible et durable, et notant que les États Membres doivent investir des ressources supplémentaires pour renforcer les capacités nationales et infranationales en matière de détection et de riposte rapides aux situations d'urgence sanitaire et humanitaire ;

Réaffirmant son engagement à soutenir l'Organisation mondiale de la Santé dans son rôle d'institution des Nations Unies ayant pour mandat de coordonner les interventions de toutes les parties prenantes et de leur donner des orientations concernant l'édification de systèmes de santé résilients, capables de prévenir, de prévoir, de détecter rapidement les situations d'urgence sanitaire de tous types et d'y riposter avec célérité et efficacité ;

Notant la nécessité d'une coordination pangouvernementale et pansociétale dans les États Membres, de même que la nécessité d'une collaboration inclusive entre toutes les parties prenantes lors des urgences de santé publique,

1. ADOPTE la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030, telle qu'elle est proposée dans le Document AFR/RC72/8 ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - a) à mobiliser la volonté politique et à fournir l'orientation technique requise pour mettre en œuvre la stratégie;
 - b) à mobiliser des ressources intérieures et extérieures et à garantir un financement durable pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie ;
 - c) à fournir des ressources humaines et logistiques suffisantes en appui à la mise en œuvre de la stratégie ;
 - d) à passer en revue et à mettre à disposition les structures, les éléments et les outils du système de santé requis aux niveaux national et infranational pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie ;
 - e) à mieux faire ressortir l'importance de l'approche « Une seule santé » et à renforcer le mécanisme de coordination afin d'en superviser la mise en œuvre ;
 - f) à procéder à des évaluations des besoins et à renforcer les capacités aux niveaux national et infranational ;
 - g) à travailler à l'atteinte des cibles fixées pour 2030 dans la stratégie ; et
 - h) à assurer le suivi, l'évaluation et l'examen périodique des progrès accomplis ;
3. PRIE le Secrétariat de l'OMS et les partenaires :
 - a) de continuer à assurer la coordination et à jouer un rôle de chef de file dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine ;
 - b) de continuer à fournir un appui aux États Membres en situation d'urgence sanitaire, conformément au mandat constitutionnel de l'OMS ;
 - c) de diffuser les recommandations issues des examens mondiaux et/ou régionaux ;
 - d) de promouvoir des lignes directrices techniques, des orientations et des recommandations d'examen à l'appui de la mise en œuvre de la stratégie ;
 - e) de fournir un appui technique et financier aux États Membres pour leur permettre d'élaborer des plans reposant sur des bases factuelles et faisant régulièrement l'objet d'un suivi et d'une évaluation ;
 - f) de veiller à ce que le vivier régional de formateurs soit opérationnel et serve de plateforme pour une action coordonnée visant à relayer la formation au niveau des pays ;
 - g) d'apporter un appui aux pays pour qu'ils renforcent les capacités requises en vertu du RSI et facilitent la synergie et la complémentarité dans les partenariats pour l'application du Règlement sanitaire international ;
 - h) de constituer une équipe régionale d'experts chargée de renforcer les capacités des pays ;
 - i) de coordonner et de mobiliser les partenaires et tous les acteurs pour mettre en œuvre la stratégie et atteindre les objectifs qui y sont énoncés ; et
 - j) de mettre en œuvre les mesures supranationales prévues dans la stratégie.

AFR/RC72/R4 Motion de remerciements

Le Comité régional,

CONSIDÉRANT les efforts immenses consentis par le Chef de l'État, le Gouvernement et le Peuple de la République togolaise en vue d'assurer le plein succès de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Lomé (Togo) du 22 au 26 août 2022 ;

SENSIBLE à l'accueil particulièrement chaleureux que le Gouvernement et le Peuple de la République togolaise ont réservé aux délégués ;

1. REMERCIE le Président de la République togolaise, Son Excellence Faure Essozimna Gnassingbé, pour les excellentes installations que le Togo a mises à la disposition des délégués et pour le discours plein d'inspiration et d'encouragements qu'il a prononcé au cours de la cérémonie d'ouverture officielle de la session ;
2. EXPRIME sa profonde gratitude au Gouvernement et au Peuple de la République togolaise pour leur remarquable hospitalité ;
3. PRIE la Directrice régionale de transmettre la présente Motion de remerciements au Président de la République togolaise, Son Excellence Faure Essozimna Gnassingbé.

PARTIE II
RAPPORT DU
COMITÉ RÉGIONAL



OUVERTURE DE LA SESSION

1. La soixante-douzième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique a été officiellement ouverte le lundi 22 août 2022 par Son Excellence Faure Essozimna Gnassingbé, Président de la République togolaise. Étaient présents, les Ministres de la santé et chefs de délégation des États Membres de la Région africaine de l'OMS ; le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS ; la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique ; Son Excellence Minata Samaté Cessouma, Commissaire à la santé, aux affaires humanitaires et au développement social de l'Union africaine ; des membres du corps diplomatique ; et des représentants d'institutions du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (voir l'Annexe 1 pour la liste des participants).
2. En souhaitant la bienvenue aux délégations des États Membres, le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé, a mis en exergue les efforts consentis par son pays pour améliorer la prestation des services de santé et les indicateurs sanitaires. Le Ministre togolais de la santé a aussi relevé le rôle majeur que la politique nationale de santé a joué dans l'atteinte de ces objectifs, et la nécessité d'enregistrer des avancées sur tous les piliers de la santé, grâce à une approche coordonnée et multisectorielle et en augmentant l'effectif des personnels de santé par l'ouverture de nouvelles facultés de sciences de la santé et de centres de formation médicale.
3. Son Excellence l'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma a salué le leadership dont a fait preuve l'OMS dans la Région africaine en assurant la promotion des soins de santé de qualité pour tous. Elle a évoqué le nouvel ordre de la santé publique qui émerge en Afrique sous l'impulsion du CDC-Afrique, avec le concours de l'OMS et des partenaires, et qui repose sur cinq piliers, à savoir : le renforcement des institutions de santé publique ; le renforcement des capacités ; la promotion des vaccins produits localement ; l'édification de partenariats gagnant-gagnant ; et l'accroissement des ressources nationales destinées à la santé. Son Excellence Samaté Cessouma a félicité les 23 États Membres qui ont ratifié le traité de l'Agence africaine des médicaments (AMA), ce qui a permis sa création effective ; et le Rwanda, qui a été choisi comme pays devant abriter le siège de l'Agence. La Commissaire de l'Union africaine a insisté sur l'importance du financement durable de la santé et sur la nécessité d'œuvrer de concert pour faire progresser la mise en œuvre de l'Agenda 2063 de l'Union africaine. Son Excellence Samaté Cessouma a également relevé la pertinence du lien qui existe entre la paix, la sécurité, la santé et le développement humanitaire sur le continent, une corrélation nécessaire pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Son Excellence Minata Samaté Cessouma a conclu en rappelant à tous les États Membres l'importance de ratifier le traité portant création de l'Agence africaine des médicaments, afin de garantir la production et la fabrication locales de médicaments et d'autres produits sanitaires sur le continent.
4. Dans son allocution à l'ouverture de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a exprimé sa gratitude au Président de la République togolaise, au Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé, ainsi qu'au gouvernement et au peuple togolais, pour l'accueil de la session annuelle du principal organe directeur de l'OMS dans la Région africaine. La Directrice régionale a félicité le Président du Togo pour avoir dirigé une riposte grâce à laquelle le Togo a pu traduire les défis posés par la maladie à coronavirus 2019 en autant d'opportunités pour une innovation socioéconomique inclusive. La Directrice régionale a pris note du projet de réforme du secteur des transports, qui force l'admiration et qui a fait du Togo un pôle majeur de transport en Afrique de l'Ouest tout en transformant le développement économique et numérique du pays.
5. La D^{re} Moeti a remercié les vice-présidents de la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, à savoir le Ministre de la santé de la République du Botswana et l'ancien Ministre de la santé de la République de Sao Tomé-et-Principe, dont le leadership a grandement facilité les préparatifs des débats et des événements qui ont concerné les organes directeurs tout au long de l'année écoulée. La Directrice régionale a souhaité la bienvenue aux Ministres de la santé, aux représentants des États Membres et aux autres délégations, sans oublier les partenaires de développement et les participants à la session du Comité régional. La D^{re} Moeti a déploré l'impact que la pandémie

de COVID-19 a eu sur le développement, avec 22 millions d'emplois perdus et 30 millions de personnes poussées dans l'extrême pauvreté en Afrique en 2021. Elle a par conséquent vivement plaidé pour que la priorité soit accordée aux investissements dans le secteur de la santé. La D^{re} Moeti a fait observer que l'équité est un facteur clé dans les résultats sanitaires en Afrique et dans le monde, ce qui souligne l'urgence d'agir globalement et efficacement en faveur de l'équité. Ce problème est illustré par des inégalités dans l'accès aux approvisionnements en vaccins anti-COVID-19, couplées aux effets du virus sur les populations vulnérables qui sont notamment concernées par des taux d'infection et de mortalité plus élevés, sans oublier la répartition inéquitable des agents de santé. Malgré les progrès réalisés au premier semestre 2022 en ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19, et grâce à un appui renforcé, huit des 20 pays prioritaires affichent toujours une couverture inférieure à 10 %, ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts pour que la couverture africaine rattrape celle du reste du monde.

6. La Directrice régionale a insisté sur le fait que la crise ukrainienne actuelle, qui fait flamber les prix des denrées alimentaires, et le changement climatique, qui entraîne la sécheresse prolongée dans la Corne de l'Afrique, nous rappellent vivement la nécessité d'agir sur les déterminants de la santé. Elle a également noté que l'insécurité alimentaire, les conflits, les chocs climatiques et la pauvreté affectent gravement les populations du Sahel et de la Corne de l'Afrique et accroissent le risque de malnutrition généralisée et de famine, laissant plus de 33 millions de personnes dans un besoin d'aide et de protection humanitaires. La Directrice régionale a souligné que ces crises humanitaires induisent des effets négatifs sur tous les aspects de la santé, depuis la vaccination systématique jusqu'aux maladies infectieuses et non transmissibles en passant par la santé de la mère et de l'enfant. À cet effet, elle a demandé qu'une attention particulière soit accordée aux pays concernés, y compris par la mobilisation de ressources pour mettre en application les mesures recommandées. La D^{re} Moeti a par ailleurs expliqué le rôle que l'OMS joue dans la riposte à d'autres flambées épidémiques dans la Région, telles que la variole du singe, la poliomyélite (avec la réapparition du poliovirus sauvage), la rougeole et la maladie à virus Marburg, sans perdre de vue la persistance de l'épidémie de VIH. La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique a remercié le D^r Tedros, Directeur général, pour son plaidoyer incessant et son soutien à l'amélioration de la santé en Afrique.
7. La D^{re} Moeti a salué les réflexions qui ont cours aux niveaux mondial et national et qui visent à renforcer la préparation à de futures épidémies et pandémies, évoquant à titre d'illustration le travail effectué par l'organe intergouvernemental de négociation pour rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies. Elle a exhorté les États Membres africains à participer activement à ces échanges pour que les résultats répondent pleinement aux besoins de la Région africaine. La D^{re} Moeti a aussi plaidé en faveur de l'instauration d'un système mondial qui fonctionne efficacement en tandem avec les mécanismes continentaux mis en place, particulièrement le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (encore appelé le CDC-Afrique).
8. La Directrice régionale s'est réjouie de l'augmentation de l'espérance de vie dans la Région africaine depuis 2019, qui est passée de 46 ans à 56 ans en moyenne. Cette évolution positive est le fruit direct de l'amélioration de la prestation des services de santé essentiels, des progrès réalisés dans le domaine de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi que des avancées obtenues dans la lutte contre les maladies infectieuses, précisément l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme. La D^{re} Moeti a félicité le Ghana, le Kenya et le Malawi pour leur participation aux essais du vaccin antipaludique RTS'S, grâce aux efforts conjoints de leurs gouvernements, de leurs communautés et du secteur privé, avec l'appui technique de l'OMS et des partenaires et le concours financier du Fonds mondial, d'Unitaid et de Gavi, l'Alliance du vaccin. Les États Membres ont été invités à continuer de plaider pour un financement accru en vue de la production rapide du vaccin antipaludique. La Directrice régionale a félicité le Togo pour l'élimination de quatre maladies tropicales négligées, à savoir la trypanosomiase humaine africaine, la dracunculose, la filariose lymphatique et le trachome ; l'Ouganda et le Rwanda pour l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine ; et le Botswana, un pays à forte charge de VIH, pour ses avancées vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.
9. Pour conclure son propos, la D^{re} Moeti a proposé aux États Membres : de renforcer le financement de la santé et la coordination de l'action sanitaire ; de veiller à une plus grande intégration des soins de santé primaires ; de garantir un accès équitable aux services et de réduire autant que possible les paiements directs des services de santé ; de

détecter rapidement les flambées épidémiques ; et de placer la promotion de la santé et la prévention au centre des efforts visant à réduire la charge de morbidité. Toutes ces mesures visent à donner aux populations les moyens de prendre en main leur propre santé et sont de nature à favoriser l'adoption des modes de vie sains susceptibles de prévenir les maladies et de protéger la santé des populations africaines.

10. Le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, a remercié le gouvernement et le peuple togolais pour l'accueil de la soixante-douzième session du Comité régional. Le Directeur général a félicité le pays pour les résultats obtenus dans l'élimination de quatre maladies tropicales négligées, pour les progrès accomplis dans l'amélioration de la gestion et de l'efficacité des hôpitaux et pour l'élargissement de l'accès des populations aux services. Le Directeur général a exprimé sa profonde gratitude aux États Membres africains pour la confiance qu'ils lui ont témoignée en le réélisant pour un second mandat au poste de Directeur général de l'OMS.
11. Le D^r Tedros a annoncé la construction d'un nouveau centre logistique pour l'Afrique, basé au Kenya, qui s'inscrit dans le cadre de la détermination de l'OMS à améliorer la sécurité sanitaire dans la Région et à assurer une meilleure préparation aux épidémies et aux pandémies futures. Il a évoqué les progrès encourageants accomplis dans la distribution et la couverture des vaccins dans la Région africaine et fait valoir que l'OMS œuvre de concert avec les pays et les fabricants pour faciliter un accès équitable aux vaccins, y compris contre la variole du singe en Afrique. Le D^r Tedros a invité instamment les États Membres, dans un contexte marqué par la faiblesse des capacités de surveillance et de dépistage, à vacciner tous les agents de santé et toutes les personnes âgées de 60 ans et plus contre la COVID-19, afin de sauver des vies, d'assurer un rétablissement durable et de rétablir rapidement les services de vaccination perturbés par la pandémie, avec 11 millions d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés. Le Directeur général a souligné que l'OMS est profondément préoccupée par les crises qui touchent la Corne de l'Afrique, la région du Sahel, la République centrafricaine et le Soudan du Sud, où des millions de personnes sont confrontées à la famine à cause de la convergence de facteurs tels que la sécheresse, le changement climatique, des conflits et une augmentation des prix des denrées alimentaires, du carburant et des engrais.
12. Le Directeur général a mis en lumière les cinq priorités de son nouveau mandat, à savoir : promouvoir la santé et le bien-être grâce à la sensibilisation des populations et à la lutte contre les causes profondes des maladies afin de les prévenir et de créer les conditions propices à la prospérité de la santé ; fournir des services de santé en réorientant les systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement de la couverture sanitaire universelle ; protéger la santé en renforçant l'architecture mondiale en matière de préparation, de riposte et de résilience face aux urgences sanitaires ; démultiplier les progrès en exploitant les possibilités offertes par la science, l'innovation et la recherche, les données et les technologies numériques ; et être plus efficace et forger des partenariats pour la santé en renforçant l'OMS pour qu'elle produise des résultats et qu'elle soit mieux à même de jouer son rôle directeur dans la santé mondiale.
13. Le D^r Tedros a remercié tous les États Membres pour l'engagement qu'ils ont pris d'augmenter les contributions fixées de l'Organisation pour les porter à 50 % du budget de base au cours de la prochaine décennie, avec une augmentation de 20 % dans le budget 2024-2025. Le Directeur général a aussi informé les États Membres des progrès réalisés dans l'amélioration des conditions de travail des stagiaires comme dans le recrutement de nouveaux membres du personnel par l'intermédiaire du programme de jeunes cadres dont la première cohorte comprenait huit jeunes issus de la Région africaine. Le D^r Tedros a rassuré les États Membres de son engagement à bâtir une Organisation mondiale de la Santé plus comptable de ses actes, appliquant une politique de tolérance zéro à l'égard de l'exploitation et des abus sexuels et disposant de mesures et de ressources pour la prévention de ces comportements inadmissibles lors des ripostes aux situations d'urgence. À cet égard, un protocole d'accord a été signé avec l'UNFPA pour des services complets à toutes les victimes, tandis qu'un fonds pour les survivants a été établi et que des équipes dédiées ont été constituées dans les bureaux de pays, les Régions et le Siège. Le Directeur général a salué la création du Centre OMS-Afrique du Sud pour le transfert de technologie sur les vaccins anti-COVID-19 à ARNm, qui compte actuellement 15 pays bénéficiaires dans le monde. Le D^r Tedros a conclu son allocution en soulignant la détermination de l'OMS à fournir un appui aux États Membres pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables.

14. Le Directeur général a officiellement présenté au Président de la République togolaise un certificat décerné en guise de reconnaissance des efforts déployés par le Togo pour éliminer quatre maladies tropicales négligées. Ce certificat reconnaît l'engagement du pays à œuvrer pour l'élimination des maladies tropicales négligées malgré la charge de morbidité liée à la pandémie de COVID-19. Le Directeur général a encouragé le Président Gnassingbé à maintenir son leadership et son plaidoyer pour soutenir les autres pays dans l'élimination des maladies tropicales négligées. Une plaque honorifique et de félicitations a été remise au Président du Togo par la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, au nom de l'organisation non gouvernementale (ONG) dénommée *Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases* qui représente les partenaires internationaux grâce auxquels le Togo a pu franchir ce cap.
15. Dans son discours d'ouverture de la soixante-douzième session du Comité régional, le Président de la République togolaise, Son Excellence Faure Essozimna Gnassingbé, a souhaité la bienvenue à tous les participants au nom du peuple togolais et s'est réjoui du fait que son pays accueille finalement la soixante-douzième session, en présentiel après deux années de réunions en mode virtuel, et à la suite de la désignation du Togo comme hôte de la présente session en 2019. Le Président de la République togolaise a félicité le Directeur général de l'OMS pour sa réélection et pour le choix porté sur le Togo pour sa première visite après le début officiel de son second mandat. Le Président de la République a souligné l'impact des inégalités, du changement climatique, des conflits et des crises sur la santé. Il a lancé un appel à l'élargissement de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale, et à l'éradication des médicaments de qualité inférieure et falsifiés sur le continent. Le Président du Togo a fait observer que la santé est une priorité de cohésion sociale au Togo pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Il a indiqué avoir fait évoluer le cadre réglementaire et institutionnel de son pays à cette fin, ainsi que l'intégration du concept « Une seule santé » dans la prestation des services de santé.
16. Le Président de la République togolaise a souligné l'importance de l'accessibilité géographique aux soins de santé primaires. Il a appelé tous les États Membres à adhérer à l'Initiative de Lomé lancée le 18 janvier 2020 pour mettre en œuvre un plan d'action contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés dans la Région africaine. Le Président de la République a salué le partenariat entre le Togo et l'OMS, dont les relations ont franchi le cap de la simple coopération institutionnelle et qui soutient le renforcement des systèmes de santé, coordonne les ripostes aux situations d'urgence et de préserve l'équité en matière de vaccins. Le Président Faure Essozimna Gnassingbé a encouragé les États Membres et les partenaires à continuer de porter la voix de l'Afrique dans les enceintes où des questions cruciales pour l'avenir du continent sont abordées. Il a conclu son discours en soulignant l'importance du multilatéralisme et de la solidarité internationale pour protéger et servir les plus vulnérables, et promouvoir les mesures nécessaires pour améliorer les résultats sanitaires, comme le montre le Programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine lancé par la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale.

ORGANISATION DES TRAVAUX

ADOPTION DES PROCÉDURES SPÉCIALES RÉGISSANT LA CONDUITE DES SÉANCES HYBRIDES DE LA SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE ET ÉLECTION DU PRÉSIDENT, DES VICE-PRÉSIDENTS ET DES RAPPORTEURS (DOCUMENT AFR/RC72/DECISION 1)

17. Le Comité régional a adopté une décision sur les procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-douzième session. Ces procédures spéciales ont été présentées succinctement par le Conseiller juridique.

ÉLECTION DU PRÉSIDENT, DES VICE-PRÉSIDENTS ET DES RAPPORTEURS

18. Conformément aux articles 10 et 15 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et au paragraphe 7 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de sa soixante-douzième session, le Comité régional de l'Afrique a élu à l'unanimité son président, ses vice-présidentes et ses rapporteurs. La décision 2 présente la composition détaillée du bureau de la soixante-douzième session du Comité régional.

ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR ET DU PROGRAMME DE TRAVAIL (DOCUMENT AFR/RC72/1 ET DOCUMENT AFR/RC72/1 ADD.1)

19. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, président de la soixante-douzième session du Comité régional et Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé, a présenté l'ordre du jour provisoire (Document AFR/RC72/1) et le programme de travail provisoire (Document AFR/RC72/1 Add.1) de la session (voir les Annexes 2 et 3, respectivement). Ces documents ont été adoptés sans amendement.

NOMINATION DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

20. Le Comité régional a nommé une commission de vérification des pouvoirs comprenant des représentants des États Membres suivants : Bénin, Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Namibie, République centrafricaine et Zimbabwe.
21. La commission de vérification des pouvoirs s'est réunie le 22 août 2022 et a élu comme présidente Mme Petronella Masabane, directrice exécutive adjointe du Ministère de la santé et des services sociaux et cheffe de délégation suppléante de la Namibie.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

22. Sur la base du rapport établi par la commission de vérification des pouvoirs, le Comité régional a reconnu comme étant conformes aux dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique et du paragraphe 10 des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique, les pouvoirs présentés par les États Membres ci-après : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME AU COMITÉ RÉGIONAL (DOCUMENT AFR/RC72/2)

23. Dans son intervention devant la soixante-douzième session du Comité régional, le président du Sous-Comité du Programme, le Dr Mustapha Bittaye (de la Gambie), a indiqué que le Sous-Comité s'est réuni à Brazzaville (Congo) les 20 et 21 juin 2022. Le Sous-Comité du Programme a étudié huit documents portant sur des questions de santé publique d'intérêt régional et les a recommandés à l'examen de la soixante-douzième session du Comité régional. Le Comité régional a félicité le Sous-Comité du Programme et le Secrétariat pour le travail accompli, puis il a adopté l'intervention du président du Sous-Comité du Programme.
24. Le Comité régional a également examiné et adopté les propositions concernant la désignation d'États Membres devant siéger dans les conseils et comités qui requièrent une représentation de la Région africaine, l'accréditation de cinq acteurs non étatiques n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional, et le report de la décision relative à l'accréditation de l'un de ces acteurs non étatiques, comme l'a recommandé le Sous-Comité du Programme.

ACTIVITÉS DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DE LA DIRECTRICE RÉGIONALE (DOCUMENT AFR/RC72/3)

25. La pandémie de COVID-19 est le principal facteur qui a conditionné les activités menées par le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine entre le 1^{er} juillet 2021 et le 30 juin 2022. Le milieu de l'année 2021 a été la période la plus difficile pendant la pandémie de COVID-19, car cette période a été marquée par une troisième vague agressive alimentée par le variant Delta, nouveau et virulent, par une forte hausse de la mortalité conjuguée à un accroissement des taux

d'hospitalisation, ainsi que par des pénuries de vaccins, d'oxygène et de lits dans les unités de soins intensifs. La Région a enregistré près de neuf millions de cas et 172 546 décès sur cette période.

26. La coordination de cette situation d'urgence était un processus multidimensionnel. En sa qualité de coprésidente du Groupe de travail africain sur le coronavirus (AFTCOR), l'OMS a œuvré en étroite collaboration avec le CDC-Afrique, les institutions de l'Union africaine, les communautés économiques régionales et d'autres partenaires, ainsi qu'avec des scientifiques et des experts africains, pour coordonner les orientations, le plaidoyer et la fourniture d'une assistance et de produits essentiels aux États Membres. Grâce aux mesures stratégiques prises par le Secrétariat de l'OMS, ses bureaux de pays et ses équipes, aux côtés des gouvernements des États Membres et de partenaires, on a pu réduire considérablement les perturbations des services de santé essentiels imputables à la pandémie avant la fin de l'année 2021.
27. La détection précoce des résurgences de nouveaux cas a été considérablement renforcée par l'utilisation généralisée des tests antigéniques de diagnostic rapide dans tous les pays, y compris le renforcement de la surveillance communautaire qui s'est traduit par un accroissement de la capacité de dépistage de 40 % dans les pays participants. Les capacités de dépistage de la COVID-19 en laboratoire se sont très nettement améliorées, partout dans la Région. On est ainsi passé de seulement deux laboratoires capables de dépister la COVID-19 en 2020 à plus de 1000 laboratoires à même de dépister cette maladie en 2022. De plus, le nombre de pays disposant de laboratoires capables de séquencer les génomes viraux a plus que triplé, passant de 12 en 2020 à 37 en 2022.
28. En vue d'améliorer les efforts de riposte, l'Organisation mondiale de la Santé a facilité l'acquisition et l'expédition de 144 millions d'équipements de protection individuelle (EPI), de 95 millions de kits de tests de laboratoire, de 1760 moniteurs, de 6921 concentrateurs d'oxygène et de 429 ventilateurs au bénéfice des pays de la Région. Cette démarche a permis de remédier aux graves inégalités dans la disponibilité de ces outils essentiels. De même, un stock régional de 700 concentrateurs d'oxygène, 3100 bouteilles d'oxygène et 595 oxymètres de pouls a été constitué en vue d'une riposte diligente en cas d'urgence. Un appui a également été apporté à 15 pays pour qu'ils puissent acquérir des capacités de fabrication locale et de livraison d'oxygène médical et pour qu'ils soient capables d'assurer le fonctionnement continu des usines de production d'oxygène. Fait important, lorsque des usines de production d'oxygène ont été créées, les pays ont constaté que les coûts de l'oxygène ont été réduits de 40 %. Une formation approfondie des agents de santé a été organisée en vue d'obtenir un impact sur l'ensemble des systèmes de santé. Au total 60 000 agents de santé ont été formés à la prise en charge des patients se trouvant dans un état critique ou grave, et des agents de santé de tous les États Membres ont bénéficié de formations en cascade dans le domaine de la lutte anti-infectieuse.
29. Malgré les inégalités mondiales dans l'approvisionnement en vaccins, l'OMS a adopté en octobre 2021 une stratégie aux fins de laquelle les États Membres devaient vacciner 40 % de la population totale avant fin 2021 et 70 % de la population avant la mi-2022. L'OMS a collaboré avec le Partenariat pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 afin de recenser et de soutenir 20 pays prioritaires dont la couverture vaccinale était inférieure à 10 % au début de l'année 2022, et, à la fin du premier trimestre de cette année, neuf pays avaient été retirés de la liste des pays prioritaires au regard de l'amélioration de leur couverture vaccinale. L'OMS a formulé des lignes directrices pour assurer l'interopérabilité de la certification numérique de la santé et du statut vaccinal et soutenu le processus de certification numérique. Actuellement, près de 194 millions de personnes (soit 17 % de la population de la Région) sont entièrement vaccinées, contre 31 millions de personnes à la même période en 2021. Cet objectif a été atteint grâce aux efforts combinés de plaidoyer en faveur d'un accès équitable aux vaccins anti-COVID-19, avec le soutien du Mécanisme COVAX, des dirigeants de l'Union africaine, du CDC-Afrique et d'autres partenaires. Il est important de noter que près de la moitié des agents de santé et des personnes âgées de 60 ans et plus sont désormais entièrement vaccinées dans 31 pays africains.
30. Outre la riposte à la COVID-19, les États Membres ont bénéficié d'un accompagnement pour faire face à 130 nouveaux événements de santé publique, en s'appuyant principalement sur les acquis découlant du renforcement de leurs capacités qui s'est produit dans le cadre de la riposte à la pandémie. On peut notamment citer les premières

flambées épidémiques dues au poliovirus sauvage depuis plus de cinq ans. Tout est mis en œuvre pour vacciner tous les enfants éligibles, et des dizaines de millions de doses de vaccin antipoliomyélitique ont été administrées au Malawi, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. Plus de 1000 experts ont aussi été déployés pour soutenir non seulement les opérations de riposte aux flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg, de choléra et de fièvre jaune dans les pays, mais également les opérations d'intervention en cas d'inondation, de sécheresse et d'incendie. L'OMS a créé des centres de commandement pour la riposte au choléra, à la fièvre jaune et à la crise dans le Sahel, basés au Togo, au Burkina Faso et au Sénégal, respectivement. Cette démarche a inspiré l'élaboration de la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030. La stratégie est axée sur des piliers tels que l'édification de systèmes résilients, le renforcement des systèmes de surveillance et la création de groupes dédiés à la riposte en cas d'urgence.

31. Il ressort des enquêtes que l'OMS a menées en fin d'année 2021 dans l'ensemble des États Membres que plus de 91 % des pays ont signalé une certaine perturbation dans au moins un service de santé essentiel, sur les 66 indicateurs. La moyenne des perturbations était de 47 % pour la Région africaine. L'OMS a apporté son appui à l'élaboration de mesures d'atténuation, ce qui a permis à 94 % des pays d'améliorer la communication avec les communautés, à 92 % des pays d'investir dans des produits susceptibles de les aider à monter en puissance dans leurs interventions, à 77 % des pays de concevoir des formations rapides et des outils de travail pour de nouvelles fonctions, et à 61 % des pays d'insuffler une nouvelle dynamique à la prestation de soins à domicile. Priorité a été donnée aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées pour une meilleure prestation de services, avec à la clé une augmentation de 65 % des accouchements en présence de personnel qualifié en 2021 et la fourniture, à près de 85 % des pays, d'orientations concernant les soins intégrés aux personnes âgées. Un certain nombre d'approches ont été imaginées pour améliorer la prestation de services à l'avenir, notamment l'intégration de divers services dans le cadre d'une seule visite, le recours à l'auto-prise en charge lorsqu'elle se justifie, le rallongement des heures d'ouverture des établissements de santé et la télémédecine.
32. Les efforts visant à éradiquer les maladies tropicales négligées ont été sanctionnés par des progrès remarquables, puisque le Bénin, la Guinée équatoriale, l'Ouganda et le Rwanda ont validé l'élimination de la trypanosomiose humaine africaine. L'élimination du trachome a été validée en Gambie, au Ghana et au Togo, l'élimination de la filariose lymphatique a été validée au Malawi et au Togo alors que l'élimination de la dracunculose en tant que problème de santé publique a été validée au Malawi et au Togo.
33. Le Botswana est devenu le premier pays africain à forte charge de morbidité à obtenir le statut de niveau « argent », une certification qui lui a été décernée en reconnaissance des efforts faits pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH. De façon notable, le Botswana, Cabo Verde, Eswatini, la Namibie, le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda, les Seychelles et le Zimbabwe sont tous en passe d'atteindre les jalons d'un taux de transmission mère-enfant du VIH inférieur à 5 % et d'un taux de nouvelles infections pédiatriques par le VIH dues à une transmission mère-enfant sous la barre de 50 pour 100 000 naissances vivantes.
34. La santé mentale apparaît désormais comme une priorité, même si cette branche de la santé a été globalement négligée au plus fort de la pandémie de COVID-19. Les pays ont réalisé des progrès considérables dans l'utilisation de la feuille de route élaborée en 2021. L'Ouganda est devenu le premier pays au monde à mettre en œuvre l'initiative SAFER – l'acronyme SAFER étant utilisé pour désigner les cinq interventions qui offrent le meilleur rapport coût-efficacité pour réduire les méfaits de l'alcool. Le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe ont élaboré des argumentaires d'investissement en faveur de la santé mentale, en partenariat avec l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Le Ghana et le Zimbabwe ont mis en œuvre l'Initiative spéciale du Directeur général de l'OMS pour la santé mentale, tandis que l'Éthiopie, le Ghana et le Nigéria ont intégré la santé mentale dans leurs plans multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles afin d'élargir la couverture des services au niveau des soins de santé primaires.
35. L'innovation dans le domaine de la santé est devenue de plus en plus importante pour améliorer la prestation et les résultats sanitaires et il reste primordial pour les pays de créer un environnement favorable à l'élaboration

et à l'adoption d'innovations locales, de façon durable. L'OMS a soutenu sans réserve plusieurs initiatives visant à donner aux pays les moyens de renforcer leurs écosystèmes d'innovations dans le domaine de la santé. Après une étude portant sur plus de 1000 technologies nouvelles ou modifications de technologies existantes ciblant les différents axes de la riposte à la COVID-19, plus de 120 technologies ont été expérimentées ou adoptées par les États Membres. La mise à profit des innovations a très largement contribué à une meilleure exécution des programmes au niveau des pays. Par exemple, la technologie des systèmes d'information géographique est au cœur des efforts visant l'élimination de la poliomyélite dans la Région africaine, et le champ d'action de cette technologie est en train d'être élargi pour éclairer la prestation des services essentiels dans les établissements de santé. Un jeune innovateur camerounais a créé une entreprise qui a développé une technologie utilisant l'intelligence artificielle pour permettre aux hôpitaux, aux pharmacies, aux laboratoires pharmaceutiques et aux centres de contrôle de la qualité de détecter les médicaments contrefaits. Cette innovation a depuis lors été transposée à une grande échelle au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo et au Nigéria, ce qui a entraîné la reconnaissance de ce jeune innovateur et son inclusion dans la liste 2022 des 30 moins de 30 ans (30 UNDER 30) de Forbes Afrique. Le système numérique de suivi et de traçabilité a aussi été mis au point pour suivre à la trace les produits du tabac en vue d'éliminer le commerce illicite de ces produits.

36. L'engagement politique résolu manifesté par les États Membres et l'Union africaine et leurs investissements stratégiques soutenus se sont traduits par la création, en 2021, du Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique. L'objectif de ce partenariat est de faire en sorte que 60 % des besoins en vaccins de l'Afrique soient couverts d'ici à 2040 grâce aux vaccins fabriqués sur le continent. Au chapitre des avancées figure le Centre mondial de transfert de technologie à ARNm, qui a été lancé en Afrique du Sud en 2021 afin de donner à des pays à revenu faible ou intermédiaire les moyens de fabriquer ces vaccins à grande échelle, conformément aux normes mondiales. L'Égypte, le Kenya, le Nigéria, le Rwanda, le Sénégal et la Tunisie feront partie du premier groupe de pays du continent à recevoir cette technologie dont l'importance n'est plus à démontrer. Créé pour soutenir l'approbation réglementaire de nouveaux vaccins, le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF) a joué un rôle central dans le renforcement et la mise en relation des capacités institutionnelles des autorités de réglementation et des comités d'éthique dans tous les pays. Le Secrétariat intensifiera ses efforts afin de promouvoir une culture de la recherche et de l'innovation dans la Région. Cet objectif sera atteint grâce à une table ronde annuelle sur la recherche en Afrique et à l'élaboration d'un cadre de collaboration pour définir une feuille de route pour la recherche en Afrique.
37. Vingt États Membres réalisent actuellement des interventions multisectorielles visant à promouvoir des modes de vie sains, le vieillissement en bonne santé et l'activité physique. À la suite d'un atelier de l'OMS organisé à l'intention de responsables de l'élaboration des politiques des pouvoirs publics et de la société civile, la République-Unie de Tanzanie a adopté et met en œuvre une approche intégrée à l'échelle sectorielle pour agir sur les déterminants de la santé. Menée en collaboration avec l'Université de Pretoria, la recherche opérationnelle qui vise à étudier les effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnes vulnérables, en termes d'inégalités sanitaires et sociales, éclairera les efforts qui seront faits pour réaliser des études de même nature. Le Secrétariat tirera parti de ces enseignements importants qui portent sur la meilleure façon de lutter contre les inégalités en matière de santé dans les groupes marginalisés. La malnutrition et la sécurité alimentaire font partie des priorités majeures des interventions, eu égard à la situation d'urgence prolongée qui prévaut dans la région du Sahel et compte tenu du fait que des millions de personnes sont exposées à un risque de famine dans la grande Corne de l'Afrique. L'OMS entend poursuivre sa collaboration avec les États Membres afin de définir et de mettre en œuvre des interventions à bases factuelles capables d'agir sur les déterminants (économiques, environnementaux, sociaux et structurels) de la santé et de soutenir l'adaptation, ainsi que l'application de modules techniques qui favorisent la santé tout en réduisant le risque de maladie.
38. L'OMS accélère, consolide et institutionnalise les diverses réalisations du Programme de transformation dont la vocation est de soutenir le changement et de rendre l'Organisation toujours plus apte à accomplir sa mission et mieux outillée pour répondre aux besoins en constante évolution de ses États Membres. Cette phase englobe la mise en œuvre des recommandations pour la transformation mondiale, ce qui suppose l'alignement de l'OMS à tous ses trois niveaux. Il est impératif, dans cette phase de consolidation de la transformation, de prôner des valeurs axées

sur l'obtention des résultats escomptés. L'OMS continue d'œuvrer pour un environnement de travail respectueux. Les causes profondes des inégalités, de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel sont traitées au moyen d'une approche intégrée, par le renforcement des capacités et par la mobilisation de ressources accrues. Des femmes sont progressivement dotées des moyens d'action nécessaires pour assumer des rôles de leadership, grâce à diverses initiatives dont le but est d'améliorer les compétences, les connaissances et les réseaux. Les femmes représentent 48 % des anciens participants au Programme de l'OMS pour le leadership en Afrique, et elles sont plus nombreuses que les hommes dans l'équipe de direction de l'OMS dans la Région africaine. Des mesures d'économie, l'utilisation systématique des principaux indicateurs de résultats et une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement ont été obtenues grâce à une efficacité, une responsabilisation et une transparence plus poussées.

39. La consolidation nous impose de faire le point sur notre expérience de transformation. Des activités d'apprentissage et de documentation ont été menées afin de répertorier les réalisations et les meilleures pratiques et de transposer à une plus grande échelle les initiatives de changement hautement efficaces. L'OMS dans la Région africaine met au point une base de données sur la transformation de la santé grâce à laquelle on pourra stocker, structurer et faciliter l'accès aux données essentielles sur la transformation de la santé en Afrique. Les États Membres pourront s'inspirer de notre expérience et de celle d'autres organisations. Ils pourront utiliser nos matériels et outils de formation et auront accès à un réseau d'experts et aux études les plus récentes sur la transformation de la santé en Afrique. Le Secrétariat de l'OMS a fourni un appui aux pays pour qu'ils puissent renforcer leurs capacités en matière de leadership axé sur la transformation et de gestion des écosystèmes d'innovation. Le Programme de leadership a été étendu à des pays tels que le Congo, le Ghana et le Lesotho.
40. En vue d'améliorer l'appui technique fourni aux États Membres, les bureaux de pays de l'OMS ont été renforcés pour mieux répondre aux priorités des États Membres, grâce à une expertise technique de haut niveau. Au nombre des mesures prises à cet effet figure la création de 11 équipes d'affectation multipays. Le potentiel a été amélioré en ce qui concerne la consolidation des partenariats, la mobilisation de ressources et la gestion des programmes. La collaboration accrue avec des acteurs non étatiques a aussi élargi la base des partenaires, avec notamment l'établissement de nouveaux partenariats avec le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des associations professionnelles, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. L'OMS ne cesse de gagner la confiance des partenaires en faisant montre d'un niveau élevé de redevabilité grâce aux rapports cohérents et de qualité que l'Organisation présente en temps voulu aux partenaires. Au cours de l'exercice biennal 2020-2021, en tout 580 millions de dollars É.-U. ont été levés en faveur de la riposte à la COVID-19, dont plus de 40 % (246 millions de dollars É.-U.) au niveau des pays.
41. L'enseignement majeur tiré de la pandémie est qu'elle a mis à nu les vulnérabilités des systèmes de santé nationaux. La lutte contre ces vulnérabilités passe entre autres par une action sans relâche pour mobiliser d'autres secteurs au-delà de celui de la santé. Or, il s'agit là de domaines d'activité pour lesquels le Secrétariat ne dispose pas de moyens suffisants. Fait essentiel, le modèle de financement vertical, axé sur les maladies et peu flexible, réduit les possibilités d'intégration et de gains d'efficacité. Bien plus, malgré les décisions stratégiques prises lors de diverses réunions des organes directeurs pour renforcer l'accent mis sur les pays, l'inadéquation du financement et le fait que celui-ci est très souvent à objet désigné sont devenus la réalité, et les bureaux de pays ne sont pas dotés de l'effectif nécessaire pour répondre aux besoins des pays.
42. À l'avenir, le Secrétariat mettra à profit les enseignements tirés de la riposte à la pandémie de COVID-19 pour collaborer avec les partenaires et soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils font pour se relever des perturbations de la prestation des services de santé et de l'accès résultant de la pandémie et pour inverser les tendances négatives, réaliser des progrès vers l'atteinte des objectifs de développement durable liés à la santé et, en fin de compte, améliorer l'état de santé et le bien-être de chaque individu, quel que soit son lieu de résidence. L'action du Secrétariat de l'OMS sera régie par les cinq priorités interconnectées de l'institution, à savoir : la prévention des maladies non transmissibles ; l'amélioration de la résilience des systèmes de santé, principalement dans les soins de santé primaires ; la préparation en cas d'urgences sanitaires et de situations humanitaires d'urgence ; l'investissement

dans la recherche, l'innovation et la technologie ; et le renforcement de l'OMS dans son ensemble pour renforcer son appui aux États Membres pour une préparation plus efficace aux pandémies, en tirant parti d'interventions telles que les missions de renfort et les pôles de spécialistes. L'attention sera également accordée au renforcement de la promotion de la santé et à l'action sur les déterminants de la santé. Le succès dans ces efforts sera tributaire d'une mobilisation de ressources conjointe avec les États Membres.

43. Les échanges qui ont suivi l'exposé présenté par la Directrice régionale ont notamment été ponctués par des appels renouvelés aux États Membres pour qu'ils investissent dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence, pour qu'ils améliorent les soins de santé primaires et réorganisent en les redynamisant les services de santé de qualité. Une proposition a été faite aux pays de privilégier l'achat de produits fabriqués sur le continent africain, et de concevoir un nouvel instrument pour garantir l'équité dans l'accès aux services de santé. Les États Membres ont aussi souligné l'importance de la santé numérique et de la mise à profit de l'innovation technologique pour renforcer les systèmes de santé et parvenir à la couverture sanitaire universelle. Les délégués ont fait observer que des lacunes subsistent dans les capacités humaines des systèmes de santé, qui requièrent un investissement accru dans le renforcement des capacités alors que le changement climatique continue de miner la résilience sanitaire. Les États Membres ont exprimé leur préoccupation face aux faibles niveaux de vaccination contre la COVID-19 dans la Région, tout en félicitant le Secrétariat pour le soutien qui leur a été apporté sous la forme d'une expertise technique, d'orientations et d'une aide financière, en particulier lors des ripostes aux situations d'urgence sanitaire. Les délégués ont fait l'éloge du Programme de transformation pour la capacité qu'il a donnée au Secrétariat d'agir de façon proactive en riposte à la pandémie de COVID-19 et de consentir des investissements, en particulier l'installation d'usines de production d'oxygène dans plusieurs États Membres. Les délégués ont enfin souligné l'importance du soutien psychosocial pour les agents de santé lors des situations d'urgence, car ceux-ci ont été en situation de subir un stress post-traumatique, autant qu'ils ont fait l'objet de discrimination dans leurs communautés au début de la pandémie.
44. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres :
- a) plaider pour le renforcement du rôle de chef de file de l'OMS en appui aux États Membres, en particulier dans les pays touchés par des situations d'urgence prolongées ;
 - b) veiller à ce que des fonds appropriés soient alloués au secteur de la santé dans le budget de l'État ;
 - c) élargir les partenariats, la collaboration multisectorielle, avoir recours à la science, aux bases factuelles et à l'innovation ;
 - d) investir dans la prévention des maladies non transmissibles ;
 - e) mettre l'accent sur les soins de santé primaires, essentiels pour instaurer la couverture sanitaire universelle ;
 - f) mieux se préparer et mieux riposter aux situations d'urgence sanitaire, ainsi qu'aux situations humanitaires d'urgence ;
 - g) investir dans l'édification de systèmes de santé plus résilients ;
 - h) investir dans le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention ;
 - i) accroître le soutien psychosocial apporté aux agents de santé pendant les situations d'urgence ; et
 - j) adhérer aux principes de la Déclaration de Kigali sur les maladies tropicales négligées.
45. Les recommandations ci-après ont été faites à l'OMS et aux partenaires :
- a) accroître l'appui technique en faveur de l'amélioration de la vaccination contre la COVID-19 dans la Région afin de combler le fossé avec le reste du monde, en veillant par exemple au transfert de technologie pour booster la production locale de vaccins à ARN messenger ;
 - b) prêter assistance aux États Membres pour qu'ils puissent mettre en place des mécanismes d'achats préférentiels ;
 - c) continuer à soutenir le renforcement des capacités et la formation dans les États Membres ;
 - d) fournir un appui aux États Membres en proie à des situations d'urgence prolongées pour qu'ils puissent établir un lien entre les crises humanitaires et les conséquences des conflits sur la résilience des systèmes de santé ;

- e) soumettre un document de politique ou de stratégie sur la prévention de l'abus d'alcool à l'examen de la prochaine session du Comité régional ;
 - f) présenter régulièrement des rapports d'activité établis par l'ombudsman et par la coordonnatrice régionale des questions liées à la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels, ainsi qu'aux mesures destinées à y remédier (PRSEAH), sachant que lesdits rapports doivent aussi porter sur les progrès accomplis en matière de PRSEAH dans la Région, particulièrement dans les situations d'urgence ;
 - g) maintenir le concours financier fourni aux États Membres pour assurer une transition sans heurts vers l'ère postpandémique, en particulier pour les pays gravement touchés par le changement climatique, tels que les petits États insulaires en développement (PEID) ; et
 - h) lancer une stratégie de soutien psychologique et psychosocial et de conseil destinée aux agents de santé de première ligne.
46. Le Comité régional a adopté le rapport contenu dans le Document AFR/RC72/3 intitulé « Activités de l'OMS dans la Région africaine 2021-2022 : rapport annuel de la Directrice régionale ».

PILIER 1. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

PEN-PLUS – UNE STRATÉGIE RÉGIONALE POUR S'ATTAQUER AUX MALADIES NON TRANSMISSIBLES GRAVES DANS LES CENTRES D'ORIENTATION-RECOURS DE PREMIER NIVEAU (DOCUMENT AFR/RC72/4 ET DOCUMENT AFR/RC72/R2)

47. Le Secrétariat a présenté le document, qui met en lumière les problèmes qui se posent aux systèmes actuels de soins aux personnes souffrant de maladies non transmissibles graves telles que le diabète de type 1, les cardiopathies rhumatismales avancées et la drépanocytose dans les établissements tertiaires. Parmi les défis à relever figurent l'accentuation des inégalités en matière de santé et les taux élevés de mortalité prématurée liée à des maladies non transmissibles dans la Région.
48. Compte tenu du fait que l'OMS apporte depuis 2008 un appui aux États Membres dans la mise en œuvre de l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, la stratégie régionale proposée vise à alléger le fardeau que les maladies non transmissibles graves font peser sur les populations rurales et non desservies, ce qui passe par la mise en place de services de consultation externe décentralisés et intégrés dans les centres d'orientation-recours de premier niveau. La stratégie énonce des interventions prioritaires dans des domaines tels que la formation et le mentorat du personnel, la mobilisation de ressources, l'action multisectorielle, la prestation de services, la collecte de données, l'innovation et la recherche, entre autres.
49. Les membres du Comité régional ont remercié le Secrétariat pour la qualité de la stratégie PEN-Plus et son application en temps voulu, ainsi que pour les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles avec le soutien technique et financier du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Les Membres ont examiné de façon approfondie le document, notant la disponibilité des données et la charge croissante due aux maladies non transmissibles dans les pays, parallèlement au fardeau des maladies transmissibles, et la nécessité d'y répondre de façon appropriée au niveau des soins de santé primaires. Reconnaissant que certains progrès ont été réalisés dans les pays, notamment à la faveur de diverses initiatives, les délégués ont insisté sur le besoin impérieux de renforcer les systèmes de santé, y compris en procédant à la décentralisation complète des services et en assurant l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Les délégués du Comité régional ont souligné qu'il faut impérativement mobiliser des ressources pour renforcer les capacités, développer encore plus les infrastructures et assurer la prestation d'ensembles de soins essentiels et de médicaments essentiels tout en veillant

à en garantir la pérennité. Les membres du Comité régional ont aussi noté l'incidence accrue du tabagisme et de l'usage nocif de l'alcool, surtout chez les jeunes. Le Comité régional a proposé de renforcer la promotion de la santé dans les programmes scolaires et l'éducation sanitaire, l'ambition étant d'assurer la protection contre les risques, la promotion de modes de vie sains, la prise en charge des cas, l'évaluation des déterminants sociaux et des facteurs de risque et de mettre l'accent sur les populations les plus vulnérables face aux ressources limitées, sur l'élaboration de programmes pour le personnel de santé et sur la production locale du matériel nécessaire. Les délégués du Comité régional ont aussi recommandé de renforcer la collecte de données et l'utilisation de plateformes numériques. Ils ont en outre proposé d'augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool, et d'instituer une assurance maladie communautaire pour éviter les dépenses catastrophiques et réduire la mortalité liée aux maladies non transmissibles graves et compliquées. Les délégués ont reconnu l'importance de la solidarité, d'une approche multisectorielle, de la participation du secteur privé et de la société civile, et lancé un appel à l'inclusion des maladies non transmissibles dans les initiatives mondiales d'appui à la riposte à la COVID-19. Ils ont suggéré d'inclure la santé bucco-dentaire, la santé oculaire et la santé mentale, tout comme le soutien psychosocial, l'obésité, l'épilepsie et la réadaptation physique dans le groupe de maladies non transmissibles et des actions ciblées par la stratégie PEN-Plus. Le Comité régional a par ailleurs lancé un appel à l'accroissement de l'investissement dans la radiothérapie, la radiologie et la médecine nucléaire aux fins de la lutte globale contre le cancer. C'est dans la même veine que les membres du Comité régional ont suggéré d'impliquer les jeunes et les personnes atteintes de maladies non transmissibles dans les stratégies de lutte contre ces affections. Enfin, les délégués ont sollicité l'appui technique de l'OMS pour la mise en œuvre de la stratégie, y compris pour la mobilisation de ressources.

50. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document [AFR/RC72/4](#) et la résolution [AFR/RC72/R2](#) y afférente, intitulés « PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau ».

CADRE POUR RENFORCER LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION GLOBAL POUR LA SANTÉ MENTALE 2013-2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (DOCUMENT [AFR/RC72/5](#))

51. Le Secrétariat a présenté les grandes lignes du Cadre, qui vise à renforcer le leadership, la gouvernance et le financement efficaces des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives dans la Région africaine. La lourde charge due aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives est aggravée par la faiblesse des systèmes de santé mentale dans la Région.
52. Selon l'Atlas de la santé mentale 2020, si 76 % des États Membres de la Région africaine disposent de politiques et de plans stratégiques, seuls 49 % des États Membres de la Région disposent d'une législation dans le domaine de la santé mentale, et l'investissement dans la santé mentale est inférieur à 0,5 dollar É.-U. par personne. Le cadre régional a été établi pour renforcer la santé mentale aux niveaux communautaire et des soins de santé primaires d'une part, et d'autre part pour favoriser le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux, faire en sorte que des soins soient dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux, améliorer les chances de rétablissement de ces personnes, promouvoir leurs droits fondamentaux et réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez ces patients.
53. Le Comité régional a souligné l'importance du cadre, qui propose des orientations dont on a tant besoin pour réduire la mortalité et la morbidité et améliorer la vitalité des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux. Il a été noté que la mise en œuvre du plan d'action repose sur l'appropriation par les gouvernements. La gouvernance et le rôle directeur régionaux devraient être renforcés, y compris aux niveaux national et infranational, afin de garantir la prestation de services équitables en matière de santé mentale, particulièrement en zone rurale. Les États Membres ont plaidé pour une collaboration régionale accrue et pour un échange d'informations, tout en lançant un appel aux gouvernements et aux partenaires de développement pour leur demander de mettre à disposition les médicaments psychotropes et de veiller à ce que ces produits figurent sur la liste des médicaments essentiels. Les États Membres ont aussi souligné l'importance de renforcer la collaboration entre les services de santé et les praticiens de santé, de partager les expériences et de faire appel à des experts dans les domaines de

la psychiatrie et de la psychologie, sans oublier les aidants, pour accroître les interventions et fournir des soins et un soutien appropriés aux personnes qui en ont besoin, de sorte que nul ne soit laissé de côté.

54. Les États Membres ont déploré l'augmentation continue des troubles mentaux, la pénurie de praticiens de la santé mentale, la stigmatisation associée aux troubles mentaux, la répartition inégale des ressources consacrées à la santé mentale et l'inadéquation de la formation et de la supervision, ainsi que le manque de financement et de services de soins de santé mentale, surtout en zone rurale. Les délégués ont exprimé leur vive préoccupation devant l'ampleur de plus en plus grande que prennent l'abus de substances psychoactives et la consommation d'alcool chez les adolescents et les jeunes de la Région. Il a été relevé que l'abus d'alcool et de drogues est un déterminant social clé de la santé mentale, en particulier chez les jeunes. Les délégués ont fait observer que des facteurs tels que l'insécurité, la violence à l'égard des femmes et l'abus de substances psychoactives par des enfants soldats augmentent également les problèmes de santé mentale, notamment dans les pays en situation de conflit, et qu'une attention singulière s'avère nécessaire pour infléchir ces dynamiques.
55. Dans cette logique, le Comité régional a proposé la création d'un organe régional chargé de suivre et d'évaluer l'utilisation des substances psychoactives afin de régler le problème posé par les dynamiques déjà évoquées. Il a en outre été proposé que, compte tenu du déficit de financement des interventions de santé mentale, les ministères de la santé allouent une ligne budgétaire spécifique aux services de santé mentale et les intègrent dans les soins de santé primaires. Les États Membres ont relevé de nombreuses lacunes dans les données relatives à la santé mentale et le manque d'indicateurs dans les systèmes de santé nationaux. Sur la base de ce constat, les délégués du Comité régional ont demandé au Secrétariat d'élaborer un cadre régional de suivi et d'évaluation pour compléter le plan d'action pour la santé mentale. Par la même occasion, les délégués ont proposé aux États Membres d'augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool afin de financer les services de santé mentale. De façon plus précise, les délégués ont recommandé que le plan d'action tienne compte de l'interconnexion entre la paix et la santé mentale, et de la situation particulière qui prévaut dans les pays touchés par un conflit.
56. Enfin, les États Membres ont recommandé la mise en place d'un programme intégré pour les écoles, en veillant à ce que ce programme soit aligné sur la prévention et la prise en charge des troubles mentaux. Les délégués ont aussi reconnu le rôle joué par les organisations de la société civile pour aider les gouvernements à mettre à disposition des services de santé mentale, à sensibiliser et à éduquer la population, et sollicité un accompagnement supplémentaire de la société civile tant pour la formation que pour le renforcement des capacités des programmes de santé mentale adaptés aux communautés, et des programmes axés sur la culture de la santé mentale et la prévention du suicide.
57. Le Comité régional a adopté avec des amendements le Document AFR/RC72/5 intitulé « Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 dans la Région africaine de l'OMS ».

PROTECTION CONTRE LES RISQUES FINANCIERS POUR L'INSTAURATION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS (DOCUMENT AFR/RC72/6)

58. Le Secrétariat a présenté le Document AFR/RC72/6, qui, entre autres, énonce les problèmes liés à la protection contre les risques financiers dans la Région. À l'aide d'indicateurs tels que l'incidence des « dépenses de santé catastrophiques » et la proportion de la population « appauvrie » par les dépenses directes de santé, l'OMS et les partenaires ont suivi les progrès accomplis par les pays depuis 2015 pour réduire les difficultés financières liées à l'accès aux services de santé essentiels.
59. Un rapport établi récemment a révélé que si l'indice relatif à la couverture des services s'est amélioré dans le monde entier, passant d'une moyenne de 45 en 2000 à 68 en 2019, seuls six États Membres de la Région africaine sont parvenus à accroître la couverture des services en réduisant concomitamment la proportion des dépenses de santé catastrophiques. Dix États Membres affichent un niveau très élevé de dépenses de santé catastrophiques, alors que leur couverture des services reste très faible. Le document énonce également des mesures que l'OMS et les États

Membres peuvent prendre pour alléger la charge financière due aux dépenses de santé directes, et, partant, pour progresser vers la couverture sanitaire universelle en Afrique.

60. Le Comité régional a félicité le Secrétariat de l'OMS pour ce document bien rédigé. Les États Membres ont aussi souligné à quel point les mécanismes de financement alternatifs et novateurs englobant les réformes de la fiscalité et de l'assurance-maladie sont importants pour améliorer le financement de la santé et garantir l'accès aux services de santé de qualité. Les délégués du Comité régional ont exhorté le Secrétariat de l'OMS à continuer de prêter son assistance aux États Membres pour qu'ils puissent produire des données susceptibles d'éclairer la conception et la mise en œuvre des réformes du financement de la santé, tout comme les négociations avec les ministères des finances, afin de réduire les difficultés financières causées par les paiements directs des soins de santé. Dans le même ordre d'idée, les délégués ont invité l'OMS à apporter un appui aux pays pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces réformes en utilisant des analyses et des informations spécifiques aux pays, et à assurer la coordination avec les partenaires en fournissant un appui aux États Membres et en fondant la démarche sur une approche adaptée pour intensifier l'appui au financement de la santé dans les pays.
61. Les délégués ont recommandé l'intégration de l'approche multisectorielle, ce qui comprend le partenariat avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales, afin de mobiliser des ressources financières et de réduire la charge que le financement des services de santé représente pour les ménages. En outre, les États Membres ont souligné l'importance de renforcer la responsabilisation et la transparence dans l'allocation et l'utilisation des ressources pour converger vers la couverture sanitaire universelle. Le Comité régional a prié le Secrétariat de soutenir la sélection, la réglementation et l'achat de médicaments essentiels à des prix abordables, ainsi que la production locale, la finalité étant d'améliorer l'approvisionnement en médicaments et services de santé essentiels dans le cadre d'une stratégie visant à réduire les obstacles financiers.
62. Le Comité régional a pris note du Document AFR/RC72/6 amendé, intitulé « Protection contre les risques financiers pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS », et a adopté les mesures qui y sont proposées.

CADRE POUR LA MAÎTRISE, L'ÉLIMINATION ET L'ÉRADICATION INTÉGRÉES DES MALADIES TROPICALES ET À TRANSMISSION VECTORIELLE DANS LA RÉGION AFRICAINE 2022-2030 (DOCUMENT [AFR/RC72/7](#))

63. Le Secrétariat a présenté les grandes articulations de ce document, qui démontre que la Région africaine supporte une lourde charge due aux maladies transmissibles. L'OMS a élaboré plusieurs documents de stratégie techniques pour faire face à la charge actuelle due aux maladies transmissibles dans le monde. Cependant, à la fin de 2020, les progrès vers l'élimination de ces maladies avaient été faits à l'aide de programmes verticaux, l'approche étroite définie dans plusieurs cadres préexistants n'avait pas permis d'enregistrer des avancées notables vers l'atteinte des objectifs de développement durable, et les cibles fixées pour 2020 dans la feuille de route pour la lutte contre les maladies tropicales négligées n'avaient pas non plus été atteintes.
64. Ces insuffisances ont créé la nécessité d'adopter une approche globale et de mettre en place des plateformes intégrées pour les interventions de lutte contre les maladies. Le cadre intégré s'appuie sur les progrès accomplis ces deux dernières décennies dans la lutte contre les maladies tropicales et à transmission vectorielle, ainsi que vers leur élimination et/ou éradication, et vise à remédier aux principales carences des programmes qui continuent d'alourdir la charge de ces maladies. L'adoption d'une « approche d'intégration » pour renforcer les synergies entre ces différents programmes reste le meilleur moyen de contribuer de façon notable à l'accélération de l'atteinte des objectifs de développement durable.
65. Le Comité régional a félicité l'OMS pour ce document fort bien élaboré. Les États Membres se sont accordés sur le fait que les maladies tropicales et à transmission vectorielle contribuent de manière substantielle à la charge mondiale due aux maladies transmissibles. Les délégués ont fait remarquer que ces maladies constituent une source de

préoccupation dans leurs pays et se sont accordés sur la nécessité de définir des critères et des normes pour y faire face. Parmi les principaux critères et normes énoncés dans le cadre figurent le fait que les maladies tropicales, les maladies à transmission vectorielle et les maladies tropicales négligées au sens large doivent être traitées comme un problème socioéconomique qui requiert l'adoption de stratégies communautaires et multisectorielles en remplacement des stratégies actuelles plutôt axées sur le patient. En outre, les États Membres ont plaidé pour que le noma soit classé parmi les maladies tropicales négligées prioritaires au regard de son impact sanitaire et psychologique. Les délégués ont sollicité un appui technique continu, notamment en ce qui concerne le développement des ressources humaines et la cartographie des maladies tropicales négligées.

66. Enfin, les États Membres ont recommandé : l'adoption de mesures de lutte antivectorielle appropriées pour l'élimination et l'éradication du paludisme et des maladies tropicales négligées ; l'élaboration de matériels de formation consacrés au renforcement des capacités des acteurs communautaires ; et la collaboration avec des entomologistes. De même, les États Membres ont insisté sur le renforcement de la surveillance et de la collaboration transfrontalière. Ils ont par ailleurs fait valoir la nécessité d'adopter une approche multisectorielle renforcée, d'œuvrer en collaboration et de mobiliser des ressources afin de combattre les maladies tropicales négligées.
67. Le Comité régional a adopté avec des amendements le Document AFR/RC72/7 intitulé « Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030 ».

PILIER 2. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES MIEUX PROTÉGÉES FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET LA GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE 2022-2030 (DOCUMENT AFR/RC72/8 ET DOCUMENT AFR/RC72/R3)

68. Le Secrétariat a présenté les grandes articulations de ce document, qui met en évidence le lourd fardeau que les situations d'urgence sanitaire telles que l'apparition et la gravité accrues de phénomènes climatiques, entre autres, font peser sur les systèmes de santé et les économies africaines, et le fait que ces situations d'urgence menacent d'inverser les gains sur le plan de la sécurité sanitaire, si chèrement acquis pendant des décennies. Parmi ces gains, on peut citer la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020, grâce à laquelle le délai médian utilisé pour endiguer les flambées épidémiques a été raccourci.
69. Cela dit, les répercussions très négatives de la COVID-19 font clairement ressortir la nécessité d'édifier des systèmes de santé résilients capables de proposer des soins de santé de qualité tout en faisant face aux situations d'urgence sanitaire. La nouvelle stratégie tient compte des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, vise à atténuer les effets sanitaires et socioéconomiques néfastes des situations d'urgence sanitaire et met l'accent sur l'édification de systèmes de santé résilients capables de répondre aux besoins et susceptibles de faire face avec efficacité aux situations d'urgence sanitaire tout en garantissant la continuité des services de santé essentiels.
70. Les membres du Comité régional ont souligné que la mise en œuvre de la stratégie aidera à renforcer les systèmes de soins de santé et à les rendre efficaces, capables de répondre aux attentes, orientés sur la personne et adaptés aux crises, ainsi qu'aux contextes locaux. Le Comité régional a proposé que des examens de l'action en cours et des examens a posteriori soient menés pendant et après les situations d'urgence afin de recenser les meilleures pratiques, de cerner les défis qui se posent et d'exploiter les enseignements tirés pour qu'ils servent de principes directeurs et, enfin, de renforcer la préparation et la capacité de réaction des pays face aux situations d'urgence sanitaire. Des considérations socioéconomiques, la parité entre les sexes et la volonté politique sont nécessaires pour gérer efficacement les situations d'urgence. Il a été relevé que les structures de coordination et de riposte multisectorielles étaient d'une importance primordiale pour réagir aux situations d'urgence, tandis que l'appui était demandé par les États Membres, en particulier ceux qui avaient des fragilités et des vulnérabilités spécifiques, tels que les petits États insulaires en développement et les pays en proie à des crises humanitaires. En outre, il a été

proposé que les États Membres définissent la résilience aux niveaux national, infranational et communautaire dans la perspective d'une riposte efficace et du relèvement.

71. Les États Membres ont été invités instamment à poursuivre la mobilisation de ressources nationales et extérieures, à renforcer leurs capacités et à garantir un financement novateur et durable en vue de faciliter la mise en œuvre et l'appropriation de la stratégie. Un appel a été lancé en faveur de la répartition équitable des ressources dans toute la Région afin de renforcer les capacités de surveillance, de détection et de lutte. Les membres du Comité régional ont souligné l'importance de l'approche « Une seule santé », dont l'opérationnalisation doit se poursuivre de façon plus approfondie pour renforcer la coordination, y compris la coordination transfrontalière, entre le secteur de la santé humaine et les secteurs de la santé animale et environnementale. Enfin, le Comité régional a recommandé à l'OMS de renforcer les équipes d'intervention rapide et de créer des équipes régionales d'experts pour soutenir l'amélioration des capacités de préparation, de riposte et de relèvement des pays d'une part, et d'autre part de mobiliser les partenaires techniques et financiers nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par les pays. De plus, un appui s'avère nécessaire pour la mise au point d'outils de surveillance, de lutte anti-infectieuse, d'alimentation en eau, d'assainissement et d'hygiène et pour l'application de la stratégie. Au demeurant, il a été recommandé d'utiliser les outils disponibles et adaptés au contexte, mais aussi de former les équipes et les agents de santé sur le terrain. Un appui a par ailleurs été sollicité en vue de renforcer les capacités d'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) et les instruments pertinents pour soutenir son application, tout comme son suivi et son évaluation dans les États Membres.
72. Le Comité régional a adopté sans amendement le Document AFR/RC72/8 et la résolution AFR/RC72/R3 y afférente, intitulés « Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 ».

ORGANE INTERGOUVERNEMENTAL DE NÉGOCIATION : LE POINT DE LA SITUATION ET CONSULTATION SUR L'AVANT-PROJET (DOCUMENT AFR/RC72/9)

73. La coprésidente de l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, M^{me} Precious Matsoso, a présenté l'avant-projet qui a été examiné par l'organe intergouvernemental de négociation au cours de sa deuxième réunion et qui a servi de base aux échanges. La coprésidente de l'organe intergouvernemental de négociation a donné un bref aperçu de la création de l'organe de négociation et des progrès réalisés jusqu'à présent, y compris les résultats de la deuxième réunion qui s'est tenue du 18 au 22 juillet 2022. Mme Matsoso a invité les membres du Comité régional à formuler d'autres observations orales sur l'avant-projet, ainsi que des contributions écrites, avant le 15 septembre. Elle a encouragé les États Membres à participer activement au processus intersessions qui culminera par l'établissement d'un avant-projet conceptuel devant être soumis à l'examen de la troisième réunion de l'organe intergouvernemental de négociation prévue du 5 au 7 décembre 2022. Le document soumis au Comité régional comprend une méthodologie et expose la vision, les principes, les objectifs, les obligations générales, les dispositions institutionnelles et les dispositions finales de l'Instrument de l'OMS. Le calendrier des processus de l'organe intergouvernemental de négociation et du Groupe de travail sur les amendements au RSI a également été présenté, notamment la nécessité d'assurer l'alignement et d'éviter le double emploi dans les deux domaines d'activité.
74. Les membres du Comité régional se sont félicités de la qualité et de la flexibilité de l'avant-projet soumis à leur appréciation, lequel document constitue une bonne base pour faciliter les discussions ultérieures. Les États Membres ont apprécié le travail et le leadership du bureau de l'organe intergouvernemental de négociation et résolu de continuer à participer activement au processus. Il a été souligné que le nouvel instrument devrait contribuer à l'amélioration de la solidarité internationale et à plus d'efficacité dans la riposte aux crises sanitaires comme dans la gestion de ces crises. Notant que les inégalités ont été au cœur de la riposte à la COVID-19, les États Membres se sont félicités de l'inclusion de l'équité en tant que principe et thème, et ils ont lancé un appel pour que l'équité soit systématiquement de mise dans les différentes composantes du nouvel Instrument de l'OMS. Le Comité régional

a exprimé son appui à l'adoption d'un instrument juridiquement contraignant, en application de l'article 19 de la Constitution de l'OMS, tel que déterminé par la deuxième réunion de l'organe de négociation. Les États Membres ont aussi insisté sur l'importance de garantir un leadership et une gouvernance solides pour que l'instrument soit juridiquement contraignant, adossé sur des systèmes et des outils appropriés, et bénéficiant de ressources financières viables, flexibles et en quantité suffisante. Parmi les autres suggestions majeures figure la nécessité d'éviter le double emploi et des chevauchements avec le Règlement sanitaire international (2005) et d'autres instruments internationaux tels que le Protocole de Nagoya relatif à la Convention sur la diversité biologique. Le besoin d'adopter une approche multisectorielle et multidisciplinaire pour faire face aux situations d'urgence, dans un esprit de transparence et de solidarité a par ailleurs été mis en exergue. Le Comité a exprimé son soutien à la recherche-développement, de même qu'au renforcement des capacités de fabrication locales et régionales, tout en faisant valoir la nécessité de l'accès et du partage des avantages. Le Comité régional a relevé à quel point il est important non seulement de veiller à ce que les responsabilités soient clairement définies avant, pendant et après la déclaration d'une pandémie, mais également d'encourager le partage en temps voulu des informations, tout comme la conformité et la responsabilisation, sans oublier la transparence et le respect du nouvel instrument. Enfin, les États Membres ont exprimé leur volonté de fournir plus de contributions écrites pour enrichir l'avant-projet soumis à leur appréciation et ont pris note de l'avant-projet.

PILIER 3. UN MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIAIRE D'UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET D'UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE

STRATÉGIE RÉGIONALE ACTUALISÉE POUR L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ HUMAINE DANS LA RÉGION AFRICAINE 2022-2032 (DOCUMENT AFR/RC72/10 ET DOCUMENT AFR/RC72/R1)

75. Le Secrétariat a présenté ce document de stratégie, qui relève que près d'un quart des décès qui surviennent en Afrique sont dus, selon les raisons invoquées, à des causes environnementales, notamment aux effets du changement climatique. La stratégie régionale pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine 2017-2021 a mis l'accent sur des déterminants tels que l'eau de boisson sans risque sanitaire, l'assainissement et l'hygiène, la pollution atmosphérique et les énergies propres, les produits chimiques et les déchets, le changement climatique, la lutte antivectorielle et la santé sur le lieu de travail.
76. Cependant, si les investissements limités et la pandémie de COVID-19 ont ralenti l'application de la stratégie précédente, ils ont parallèlement fourni des enseignements et créé des possibilités de prendre de nouvelles mesures adaptées à la situation. La stratégie actualisée vise à insuffler une nouvelle dynamique à l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine. Cette stratégie intègre les recommandations du Manifeste de l'OMS pour un monde en meilleure santé après la pandémie de COVID-19.
77. Le Comité régional a reconnu que le calendrier sur 10 ans prévu pour la stratégie laissera suffisamment de temps pour sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation. Les États Membres ont reconnu les effets dévastateurs de la dégradation de l'environnement et du changement climatique sur la santé humaine, de même que les efforts que les gouvernements déploient pour remédier aux difficultés qui en découlent. Les délégués ont relevé que la stratégie constitue le reflet de la situation qui prévaut dans les États Membres et représente un outil fondamental pour la mise en œuvre aussi bien de la Déclaration de Libreville (2008) que de l'Engagement de Luanda sur la santé et l'environnement en Afrique, pris en 2010. Cette stratégie contribuera en outre à l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable et à l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Les délégués ont exprimé leurs points de vue sur la stratégie qu'ils considèrent comme une démarche de collaboration régionale pour s'attaquer aux risques environnementaux évitables pour la santé humaine et renforcer la résilience du système de santé face au changement climatique. Les États Membres ont mis en avant leurs principales priorités, à savoir le renforcement de la coordination aux niveaux national et infranational, tout comme la collaboration entre les pays ; l'élaboration de politiques et de cadres qui intègrent le changement climatique dans les programmes et les interventions sanitaires ;

la création de partenariats multidonateurs et de comités interministériels ; et la réalisation d'analyses de situation et d'évaluations des besoins afin de relever les défis que posent les déterminants environnementaux de la santé.

78. Les États Membres ont souligné que, pour atteindre les cibles fixées dans la stratégie, il serait primordial d'adopter une approche multisectorielle qui transcende les secteurs tels que l'eau, l'assainissement, la santé, l'éducation et les finances, tout en renforçant la participation communautaire en matière de santé et d'hygiène. Ils ont demandé à l'OMS et aux partenaires de leur fournir un appui technique et financier pour la mise en œuvre de la stratégie. Les délégués ont lancé un appel au renforcement de l'approche « Une seule santé » dans les pays, ainsi que des systèmes d'alerte rapide, des services d'information sur le climat et des prévisions météorologiques pour les risques liés au climat, y compris la prévention des maladies et l'atténuation de leurs effets sur la santé.
79. Enfin, les délégués ont recommandé la création de partenariats mondiaux pour le transfert de technologies et le financement qui aideront les États Membres à atténuer les impacts du changement climatique. Ils ont mis en évidence un certain nombre de priorités, notamment l'analyse et l'élaboration de plans conjoints pour la réduction des émissions et des gaz, l'utilisation de technologies respectueuses du climat et d'énergies propres, l'éducation et les campagnes de sensibilisation, de même que le financement du secteur de la santé pour lutter contre les inégalités dues aux déterminants environnementaux de la santé. Le Secrétariat de l'OMS s'est engagé à prêter son assistance aux États Membres pour qu'ils puissent accéder aux ressources disponibles pour le climat et la santé, et a réaffirmé le rôle que les acteurs non étatiques et la communauté jouent en tant que partenaires et copropriétaires des interventions.
80. Le Comité régional a adopté avec des amendements le Document AFR/RC72/10 et la résolution AFR/RC72/R1 y afférente, intitulés « Stratégie régionale pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 ».

PILIER 4. UNE OMS PLUS EFFICACE ET EFFICIENTE APPORTANT UN MEILLEUR SOUTIEN AUX PAYS

SEPTIÈME RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE TRANSFORMATION DU SECRÉTARIAT DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE (DOCUMENT AFR/RC72/11)

81. Le septième rapport de situation sur le Programme de transformation (qui couvre la période allant de juillet 2021 à juin 2022), dont les grandes articulations ont été présentées par le Secrétariat, décrit l'état de mise en œuvre et les résultats obtenus au cours de l'année écoulée dans les quatre axes prioritaires de ce Programme, à savoir : des valeurs prônant la production de résultats ; une orientation technique intelligente ; des opérations stratégiques répondant aux attentes ; et une communication et des partenariats efficaces. Il ressort du rapport que le Secrétariat a pris des mesures systémiques concrètes pour prévenir et combattre toutes les formes de harcèlement et l'abus de pouvoir. On peut citer par exemple le recrutement d'un ombudsman et la désignation d'une coordonnatrice régionale des questions liées à la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels, ainsi qu'aux mesures destinées à y remédier.
82. Parallèlement, dans le contexte actuel marqué par la pandémie de COVID-19, le Secrétariat a adopté de nouvelles méthodes de travail en distanciel comme en mode hybride, en prenant parallèlement des mesures proactives pour promouvoir le bien-être mental, ainsi que des initiatives axées sur la santé mentale sur le lieu de travail, afin d'aider les membres du personnel à améliorer la qualité de leurs services. Malgré cela, la pandémie de COVID-19 a menacé de faire dérapier les réalisations du Programme de transformation et a amplifié la nécessité cruciale d'accélérer le « programme inachevé » de transformation de l'OMS, une Organisation qui aura besoin d'effectifs et de ressources en quantité suffisante pour accélérer les progrès.

83. Le Comité régional a félicité le Secrétariat pour le rapport bien structuré qui lui a été soumis et a loué les progrès réalisés. Les délégués ont également apprécié à leur juste valeur les enseignements tirés au cours des sept années de mise en œuvre du Programme de transformation, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration continue de la diversité, de l'équité et de l'inclusion. Les États Membres ont noté avec satisfaction les efforts consentis par le Secrétariat pour aider le personnel à exploiter pleinement son potentiel et se sont félicités du travail accompli pour maintenir la culture de la responsabilisation, de la transparence et de l'optimisation des ressources. En outre, les délégués se sont félicités des efforts en cours pour garantir la parité entre les sexes. Ils ont salué le partenariat avec le CDC-Afrique et proposé de renforcer l'Agence africaine des médicaments pour favoriser la synergie.
84. Le Comité régional a recommandé que le rapport d'enquête sur les allégations d'exploitation sexuelle, d'abus sexuels et de harcèlement sexuel soit communiqué aux États Membres. En outre, les États Membres ont demandé un soutien continu dans les domaines du renforcement de la sécurité sanitaire publique, du recrutement d'un personnel plus jeune et de l'élimination du harcèlement sexuel. Le Comité régional a aussi recommandé au Secrétariat de poursuivre l'excellent travail proposé dans les prochaines étapes et souligné la nécessité de consolider les acquis engrangés, de créer des possibilités pour les jeunes et d'accélérer les mesures visant à instaurer la couverture sanitaire universelle.
85. Le Comité régional a pris note du Document AFR/RC72/11 intitulé « Septième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine » et des prochaines étapes qui y sont proposées.

BUDGET PROGRAMME 2024-2025 ET PROLONGATION DU TREIZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, 2019-2023 JUSQU'EN 2025 (DOCUMENT AFR/RC72/12 ET DOCUMENT AFR/RC72/12b)

86. Les deux documents intitulés « Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025 » et « Avant-projet de budget programme 2024-2025 – note de synthèse » ont été présentés par le Secrétariat, qui a indiqué que ces documents étaient soumis aux États Membres pour consultation. En outre, le représentant du Secrétariat a fait observer que l'obtention des résultats du treizième programme général de travail est liée à trois éléments essentiels ancrés sur l'obtention de résultats, le financement durable et les réformes de la gouvernance.
87. S'agissant de la prolongation du treizième programme général de travail, le Secrétariat a expliqué le bien-fondé de cette prolongation, qui consiste principalement à intensifier l'appui fourni aux pays pour accélérer l'atteinte des objectifs énoncés dans le treizième programme général de travail, à aligner les priorités de l'OMS sur les cibles du triple milliard et sur le cycle de planification des Nations Unies, et à appliquer l'approche de mise en œuvre et le cadre de résultats pour la responsabilisation et l'établissement de rapports.
88. S'agissant du document relatif au budget programme 2024-2025, le Secrétariat a donné des précisions sur le processus et les critères de hiérarchisation des priorités, l'alignement de l'engagement de financement sur les priorités, la répartition du budget proposé par segments et par bureaux principaux, ainsi que le calendrier des consultations ultérieures.
89. L'exposé présenté par le Secrétariat s'est achevé par une description du contexte de planification dans la Région africaine – particulièrement les tendances au niveau général, la situation épidémiologique, les facteurs de risque, la couverture sanitaire universelle et la justification d'une plus grande allocation des ressources en fonction du niveau de revenu, l'indice relatif aux objectifs de développement durable et le score obtenu en matière de couverture sanitaire universelle.
90. Au cours des échanges qui ont suivi les exposés, les États Membres se sont félicités de la qualité des documents portant sur la prolongation du treizième programme général de travail et l'avant-projet de budget programme 2024-2025. Les délégués ont salué les efforts que le Secrétariat déploie afin de renforcer sa gouvernance. Les États Membres ont exprimé leur consensus général sur les points ci-après :

- a) la prolongation pour deux années supplémentaires du treizième programme général de travail offre au Secrétariat l'occasion d'accompagner les pays, d'accélérer les progrès, de réaliser les priorités de l'OMS énoncées dans le treizième programme général de travail et d'aligner le programme de travail de l'Organisation sur le cycle de planification des Nations Unies ;
 - b) la hiérarchisation des priorités devrait rester un processus ascendant, inclusif reposant sur des bases factuelles qui complète l'approche axée sur les résultats par une sélection stratégique des priorités et l'élaboration de scénarios d'accélération ; et
 - c) le renforcement du Bureau régional et des bureaux de pays, notamment l'intégration de solutions visant à réduire la fragmentation, est la clé que la Région doit actionner dans son engagement à obtenir les résultats énoncés dans le treizième programme général de travail de l'OMS.
91. En outre, les États Membres ont recensé certains domaines d'activité qui devraient être approfondis dans l'avant-projet de budget programme 2024-2025. Une liste complète des domaines d'intervention du budget programme 2024-2025 dans la Région africaine sera dressée sur la base du processus d'établissement des priorités en cours dans les pays et dans la Région, puis intégrée à la version du budget programme 2024-2025 qui sera soumise au Conseil exécutif. Les domaines d'activité définis par les États Membres sont :
- a) la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et les difficultés financières ;
 - b) les ressources humaines pour la santé, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, en intégrant le personnel dans le cadre du système de l'OMS pour venir en appui aux ministères de la santé ;
 - c) les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque ;
 - d) les situations d'urgence sanitaire et les maladies réémergentes, le renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI (2005) pour la préparation, la prévention, la détection et la riposte en cas d'urgences sanitaires ;
 - e) le renforcement du Bureau régional pour qu'il puisse accompagner les pays dans la réalisation des priorités stratégiques énoncées dans le treizième programme général de travail et élargir l'assistance multipays ;
 - f) l'investissement pour combler les lacunes en matière de données afin d'éclairer la budgétisation, de renforcer l'architecture des données sanitaires et les cadres de mesure ;
 - g) l'intégration des services et la réalisation de progrès sur le plan des innovations ;
 - h) le recensement des risques sanitaires et des indicateurs supplémentaires relatifs à la couverture sanitaire universelle ; et
 - i) la mise en œuvre du Programme de transformation.
92. Les États Membres de la Région africaine ont formulé les recommandations ci-après à l'attention du Secrétariat :
- a) utiliser systématiquement les données factuelles et les priorités définies par les pays comme boussole pour prendre des décisions se rapportant à la planification du budget programme 2024-2025, à la mobilisation des ressources, à l'allocation des ressources, au suivi des progrès accomplis et à l'établissement de rapports sur les résultats obtenus ;
 - b) appliquer l'approche axée sur la mise en œuvre et le cadre de résultats pour la responsabilisation et l'établissement de rapports ;
 - c) promouvoir l'équité en tant que valeur dans la prise des décisions concernant l'allocation des ressources au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays ;
 - d) rendre opérationnelle la répartition équitable des ressources en utilisant au moins les approches suivantes, qui consistent
 - i) à prendre le contre-pied de la pyramide inversée en réorientant les ressources humaines et financières vers les pays ; et
 - ii) à exécuter un plan progressif visant à plafonner à 20 % l'allocation du budget programme au Siège d'ici à 2026-2027, en commençant par une baisse de 25 % de cette allocation dans le budget programme 2024-2025 ;

- e) respecter les rôles et les responsabilités des bureaux régionaux en matière de gestion de programmes efficiente, efficace et axée sur les besoins ;
 - f) soutenir les États Membres et collaborer étroitement avec eux pour renforcer l'architecture des données sanitaires et améliorer les indicateurs (notamment ceux relatifs au milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, à la santé mentale ou encore à l'activité physique) ;
 - g) faire progresser encore plus les innovations et l'intégration ; et
 - h) plaider ou négocier pour plus de flexibilité soit de mise dans les contributions volontaires afin de répondre aux priorités spécifiques des pays.
93. En ce qui concerne le budget programme 2024-2025, les États Membres ont proposé des amendements qui devraient refléter la démarche qui consiste à :
- a) renforcer le soutien que les bureaux de pays et les bureaux régionaux apportent aux États Membres afin qu'ils atteignent les objectifs du treizième programme général de travail et les objectifs de développement durable. Compte tenu de l'impact de la COVID-19 et des nouveaux défis sanitaires, le budget proposé devrait être revu à la hausse, car celui proposé dans l'avant-projet est insuffisant au regard des besoins à combler dans les bureaux de pays de l'OMS, de la fragilité des systèmes de santé et des problèmes de santé actuels ;
 - b) appliquer la décision de l'Assemblée mondiale de la Santé relative à l'allocation stratégique des volants budgétaires afin de s'assurer que les ressources ne sont pas allouées à l'extérieur des Régions et des pays qui en ont le plus besoin et de tenir compte de l'établissement des rapports biennaux sur l'allocation stratégique des volants budgétaires ;
 - c) inclure un rapport sur un modèle de reconstitution adapté à l'OMS en tant que mécanisme de financement complémentaire du budget programme ;
 - d) affecter l'augmentation des contributions fixées à partir de 2024 essentiellement au financement des bureaux de pays et des bureaux régionaux ;
 - e) inclure les progrès réalisés dans la réforme de la gouvernance, car il s'agit là d'une condition préalable à l'augmentation des contributions fixées, qui est une source de financement du budget programme 2024-2025 ; et
 - f) respecter les domaines d'activité découlant du processus ascendant de hiérarchisation des priorités et reposant sur des bases factuelles dans la budgétisation et le financement.
94. S'agissant du budget programme 2024-2025, le Secrétariat a reconnu la nécessité d'augmenter encore le budget et la part du financement des bureaux de pays, tout en soulignant les difficultés rencontrées pour ce faire lorsque le budget programme global reste constant.
95. Le président de séance a conclu l'examen de ce point de l'ordre du jour en indiquant que le Secrétariat prenait acte des opinions et autres recommandations exprimées au cours des échanges et s'engageait à en tenir compte dans les documents de la cent cinquante-deuxième session du Conseil exécutif qui se tiendra en janvier 2023.

PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE, LIEU ET DATES DE LA SOIXANTE-TREIZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL (DOCUMENT AFR/RC72/13)

96. Sur la base des échanges qui ont eu lieu au cours des différentes séances et lors des manifestations parallèles, les États Membres ont proposé que des points portant sur la santé numérique, sur une approche multisectorielle de la santé, ainsi que sur la nutrition et la sécurité alimentaire soient ajoutés au projet d'ordre du jour provisoire de la soixante-treizième session du Comité régional. Le Secrétariat a pris note des demandes formulées et accepté d'inscrire les sujets proposés à l'ordre du jour soit sous la forme de nouvelles stratégies ou de nouveaux cadres, soit par l'établissement de rapports de situation sur la mise en œuvre de cadres existants.
97. Le Comité régional a adopté le projet d'ordre du jour provisoire amendé de sa soixante-treizième session. Il a aussi confirmé que ladite session se tiendra à Gaborone (Botswana) du 28 août au 1^{er} septembre 2023.

98. Plusieurs États Membres ont félicité Maurice d'avoir également manifesté son intérêt à accueillir la soixante-treizième session du Comité régional et ont d'ailleurs suggéré à ce pays d'accueillir plutôt la soixante-quatorzième session du Comité. Il a néanmoins été rappelé aux délégués que ce point de l'ordre du jour ne portait pas sur l'examen du lieu de la soixante-quatorzième session du Comité régional.

DOCUMENTS D'INFORMATION

99. Le Comité régional a examiné les documents d'information ci-après, et en a pris note. Les documents sont présentés par pilier, comme suit :

Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

- a) Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 qui vise à combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles (Document [AFR/RC72/INF.DOC/1](#)) ;
- b) Rapport de situation sur le cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/2](#)) ;
- c) Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/3](#)) ;
- d) Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac 2019-2025 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/4](#)) ; et
- e) Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre de l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC72/INF.DOC/5](#)) ;

Pilier 2. Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

- f) Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte 2020-2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/6](#)) ;

Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

- g) Rapport de situation sur la mise en œuvre du document technique visant à réduire les inégalités en matière de santé par une action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région africaine (Document [AFR/RC72/INF.DOC/7](#)) ;

Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

- h) Rapport de situation sur l'Observatoire africain de la santé (Document [AFR/RC72/INF.DOC/8](#)) ;
- i) Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC72/INF.DOC/9](#)) ; et
- j) Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document [AFR/RC72/INF.DOC/10](#)).

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL (DOCUMENT AFR/RC72/14)

100. En application des dispositions du paragraphe 14 des Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique, le Comité régional n'a pas examiné son rapport final pendant la session. Le Comité a adopté son rapport après la clôture de sa session moyennant une procédure écrite d'approbation tacite.

CLÔTURE DE LA SOIXANTE-DOUZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Motion de remerciements

101. La Motion de remerciements a été présentée par le Ministre béninois de la santé, le Professeur Benjamin I.B. Hounkpatin, qui a d'abord remercié le gouvernement togolais, et particulièrement Son Excellence le Président Faure Gnassingbé, puis le Ministre togolais de la santé, le Professeur Mijiyawa, pour l'accueil chaleureux et la cordiale hospitalité réservés aux délégués.
102. Le Ministre béninois de la santé a considéré la soixante-douzième session comme un événement spécial, et il a remercié ses collègues pour leur contribution au succès des travaux. Au nom de ses collègues, il a exprimé sa gratitude à la D^{re} Moeti pour son excellent leadership.

Allocution de clôture de la Directrice régionale

103. Dans son allocution de clôture, la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique a remercié Son Excellence le Président de la République du Togo pour l'accueil de cet événement exceptionnel et pour avoir partagé sa vision et ses réalisations. Elle a également remercié le Comité national d'organisation pour les excellentes dispositions prises pour le succès de la session. La D^{re} Moeti a exprimé sa sincère gratitude aux Ministres de la santé et aux chefs de délégation pour leurs contributions précieuses, et particulièrement au président et aux vice-présidentes du Comité régional, pour le doigté avec lequel ils ont conduit les travaux de la soixante-douzième session du Comité régional. En outre, elle a remercié les délégués qui ont assisté à la session en ligne, une pratique apprise de la COVID-19, mais qui nécessite un effort supplémentaire. Elle a aussi salué la participation active des délégués en dépit d'un programme chargé, marqué par des manifestations parallèles pendant la pause-déjeuner et en soirée.
104. La Directrice régionale a pris note des expériences nationales édifiantes concernant la mise en œuvre d'approches multisectorielles et de l'accent que les États Membres placent sur la nécessité de disposer de systèmes de santé résilients, d'une plus grande équité et d'une intégration accrue, et de promouvoir les soins de santé primaires et le partenariat dans la Région. La Directrice régionale a également pris acte de la détermination des États Membres à tirer parti des investissements consentis pour lutter contre la pandémie de COVID-19 et faire face à d'autres problèmes de santé dans la Région. À cet égard, la diffusion des résultats de la recherche et des innovations s'est avérée fondamentale. La D^{re} Moeti a promis que les attentes mentionnées ci-dessus seraient examinées par le Secrétariat, qui s'emploiera aussi à résoudre les problèmes actuels liés à l'éradication de la poliomyélite.
105. La D^{re} Moeti a souligné que le Secrétariat a pris bonne note des décisions très importantes prises par la soixante-douzième session du Comité régional, qui portent sur un éventail de questions, allant des maladies non transmissibles à l'impact des déterminants environnementaux sur la santé.
106. Pour conclure son propos, la D^{re} Moeti a adressé ses remerciements au Secrétariat de l'OMS et à tous ceux qui ont travaillé en coulisses pour garantir le bon déroulement des séances principales et des manifestations parallèles de la session. La Directrice régionale a remercié le Botswana qui a offert d'accueillir la soixante-treizième session du Comité régional en 2023, tout en exprimant sa profonde gratitude aux délégués pour le travail accompli.

Allocution de clôture du président du Comité régional

107. Avant de prononcer son mot de clôture, le président a rappelé au Comité régional que le projet de rapport de la soixante-douzième session serait transmis par voie électronique aux États Membres pour examen et que les observations devaient être communiquées dans les 14 jours suivant la réception du document. Le rapport finalisé et approuvé sera ensuite publié sur le site Web du Secrétariat.

108. Dans son allocution de clôture, le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de santé et président de la soixante-douzième session du Comité régional a, au nom du chef de l'État et du gouvernement togolais, remercié la Directrice régionale pour son travail remarquable et le Secrétariat pour l'excellente collaboration dans l'organisation de la session. Il a aussi remercié le peuple togolais pour son soutien et particulièrement le Comité national d'organisation, placé sous la direction du Général Ayeva, qui a œuvré sans relâche pour que la logistique soit optimale lors de la session.

109. Le Ministre togolais de la santé a remercié la D^{re} Fatoumata Binta Diallo, Représentante de l'OMS au Togo, pour son travail acharné et pour le dévouement dont elle a fait preuve pendant l'organisation de la session. Le président du Comité régional a conclu son propos en exprimant ses remerciements à l'ensemble des participants avant de déclarer close la soixante-douzième session du Comité régional.

PARTIE III
MANIFESTATIONS SPÉCIALES ET
MANIFESTATIONS PARALLÈLES



Organisation
mondiale de la Santé
Région africaine

lomé
LOMÉ INTERNATIONAL
CONFERENCE CENTRE

00:00:43



CABO VERDE



BURUNDI

MALAWI

BURUNDI

MANIFESTATIONS SPÉCIALES

RECONSTRUIRE EN MIEUX : REPENSER ET RECONSTRUIRE DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS EN AFRIQUE POUR PARVENIR À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET À LA SÉCURITÉ SANITAIRE

110. La plupart des pays de la Région africaine ont pu organiser une riposte rapide et efficace à la pandémie de COVID-19. Cela dit, la Région doit encore relever des défis importants, particulièrement en ce qui concerne la détection et la caractérisation des cas, ainsi que la prestation de services cliniques de qualité dans les délais nécessaires. En outre, la pandémie a perturbé la prestation de services de santé essentiels. La manifestation spéciale avait pour but d’enclencher et de lancer un processus collectif à l’échelle du continent, afin de cerner et de relever les principaux défis auxquels les États Membres sont confrontés et de trouver des solutions permettant d’édifier des systèmes de santé plus solides et plus résilients.
111. Au cours de la première session, certains États Membres et partenaires ont dû répondre à des questions sur les défis qu’ils ont relevés dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19 et sur les effets de cette pandémie. Ces États Membres ont ensuite été invités à proposer des solutions aux problèmes rencontrés. La session a été ouverte et animée par Redi Tlhabi, journaliste primée et membre fondatrice de l’agence « Global Moderators ». La D^{re} Marie Khémesse Ngom Ndiaye, l’Honorable Jane Ruth Aceng Ocerro et l’Honorable Khumbize Kadondo Chiponda, Ministres de la santé du Sénégal, de l’Ouganda et du Malawi, respectivement, ont présenté des exposés sur les expériences de leurs pays. Les trois Ministres de la santé ont souligné toute l’importance de la coordination des interventions des diverses parties prenantes, tout comme la pertinence de l’approche multisectorielle, et la nécessité d’adopter des stratégies novatrices de mobilisation et d’emploi des ressources. Le D^r Jean Jacques Bungani Mbanda, Ministre de la santé de la République démocratique du Congo, a aussi mis le curseur sur l’impératif de placer les communautés au centre de la prévention des flambées épidémiques et de la riposte.
112. M^{me} Martha Phiri, Directrice du capital humain, de la jeunesse et du développement des compétences, représentant la Banque africaine de développement (BAD), a insisté entre autres sur les faiblesses des systèmes de santé, le faible accès à l’eau potable et l’importation de la plupart des médicaments et autres produits pharmaceutiques, vaccins compris. Le D^r Christopher Elias, Président de la division du développement mondial de la Fondation Bill et Melinda Gates, a présenté les contributions faites par la fondation pour soutenir les stratégies de riposte et de préparation dans la Région d’une part, et d’autre part pour mettre sur pied des systèmes de santé résilients en Afrique.
113. La D^{re} Moeti, Directrice régionale de l’OMS pour l’Afrique, a résumé les interventions des panélistes en cinq points principaux. Répondant aux préoccupations soulevées par les États Membres, la Directrice régionale a évoqué la nécessité de disposer d’un système de suivi souple pouvant fournir des données susceptibles d’éclairer une prise de décision rapide en ce qui concerne les confinements et d’autres mesures. Elle a aussi insisté sur la nécessité de prendre des mesures visant à atténuer les effets négatifs des confinements, surtout pour les populations vulnérables.
114. Présentant un exposé sur le développement et la fabrication de produits innovants, le Ministre sud-africain de la santé, l’Honorable Joe Phaahla, a souligné les profondes inégalités dans l’accès aux technologies que la pandémie de COVID-19 a mises à nu. Il a regretté la dépendance de pays africains à l’égard d’une production extérieure d’équipements et de produits médicaux destinés à la riposte d’urgence. L’Ambassadrice Minata Samaté Cessouma, Commissaire à la santé, aux affaires humanitaires et au développement social de l’Union africaine, a salué le rôle moteur que l’Union africaine et les États Membres ont joué dans la création de partenariats en faveur de l’accès aux vaccins. La Commissaire à la santé a appelé les États Membres à considérer l’Accord portant création de la zone de libre-échange continentale africaine (la ZLECAf, qui préconise la libre circulation des biens et des services) comme une occasion de se lancer dans le développement industriel et la réglementation des produits médicaux.
115. Le Professeur Motlalepula Matsabiza a indiqué dans son exposé que l’Afrique est prête à intensifier la production locale de produits destinés au traitement des maladies prioritaires. Il a néanmoins conseillé à la Région de

commencer par des produits ayant fait l'objet d'études à la fois précliniques et cliniques. Le Professeur Matsabiza a appelé les pays de la Région à doter les communautés et les tradipraticiens de santé des moyens nécessaires afin de parvenir à l'équité et à la résilience. M. Emmanuel Mujuru, président de la Fédération africaine des associations de fabricants de produits pharmaceutiques, a parlé de la capacité de l'Afrique à fabriquer des produits de santé et de la nécessité d'investir dans le transfert de technologies et dans la réglementation de ces produits.

116. M. Anthony Taubman, de l'Organisation mondiale du commerce, a parlé de l'importance de la coopération, du transfert systématique des technologies et d'une approche axée sur les politiques. Il a préconisé une approche pragmatique du transfert des technologies. Les États Membres ont fait valoir la nécessité d'élargir l'accès au marché des produits pharmaceutiques et de mener une riposte plus large et coordonnée.
117. Dans son mot de clôture de la manifestation, la Directrice régionale a salué la Région pour le leadership dont elle a su faire preuve. La D^{re} Moeti a relevé l'importance de tenir compte des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, en continuant à interagir avec les États Membres et les partenaires et en renforçant la collaboration, afin de mettre en commun les ressources et de les utiliser de façon optimale pour bâtir des systèmes de santé résilients et parvenir à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire en Afrique. La Directrice régionale a également attiré l'attention sur le besoin de tenir compte de la contribution de la médecine traditionnelle et d'aborder la question de la propriété intellectuelle avec une certaine flexibilité.

RIPOSTER AVEC CÉLÉRITÉ ET QUALITÉ – COMMENT FAIRE FACE À LA MENACE ACTUELLE DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE

118. La manifestation spéciale de haut niveau intitulée « Riposter avec célérité et qualité – comment faire face à la menace actuelle de la poliomyélite dans la Région africaine » a été organisée dans le but de faire avancer la lutte contre la poliomyélite dans la Région africaine et singulièrement à la suite des cas de poliovirus sauvage de type 1 notifiés au Malawi et au Mozambique. Le Secrétariat a présenté un bref exposé sur les priorités de la lutte contre la poliomyélite, qui comprennent les interventions de qualité, la surveillance et la transition, tout comme la nécessité de renforcer la vaccination systématique pour que chaque enfant reçoive tous les vaccins dont il ou elle a besoin. Le débat a porté sur des thématiques telles que la menace que la poliomyélite représente dans la Région africaine, la célébration de l'éradication des poliovirus sauvages autochtones et les efforts visant à éradiquer définitivement tous les types de poliomyélite.

INTRODUCTION ET PROPOS LIMINAIRES

119. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, a donné le coup d'envoi de la manifestation spéciale contre la poliomyélite. Il a relevé que deux années se sont écoulées depuis que la Région africaine a été certifiée exempte de poliovirus sauvage autochtone, tout en soulignant que le virus est désormais de retour sur le continent et que le processus d'éradication ne s'arrêtera que lorsque chaque enfant sera vacciné. Après lui, la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a félicité toutes les personnes réunies pour l'effort conjoint qui a permis à l'OMS de mettre fin à 32 flambées épidémiques dans 13 pays africains à la fin du premier trimestre 2022. Elle a annoncé que 13 autres situations d'urgence avaient depuis lors été maîtrisées dans cinq pays. La Directrice régionale a souligné que, malgré ces jalons, des flambées épidémiques sont en cours et continuent de réclamer toute notre attention et le plus haut niveau d'engagement politique jusqu'à ce que le travail soit effectué. En outre, la Directrice régionale a averti que la persistance de la transmission et de la propagation fait planer une menace sur le statut de certification de la Région et pourrait inverser les gains si durement acquis.
120. La D^{re} Moeti a félicité le Gouvernement du Malawi pour sa riposte diligente à la menace, pour avoir notifié le cas au niveau international et pour avoir déclaré que la flambée épidémique constituait une urgence de santé publique de portée nationale. La Directrice régionale a relevé que la déclaration faite par le Malawi, le 17 février 2022, a permis le déploiement d'une équipe de riposte rapide dans les 48 heures qui ont suivi

cette annonce. La D^{re} Moeti a remercié l'Honorable Khumbize Kandodo Chiponda, Ministre de la santé du Malawi, pour sa participation personnelle à l'établissement des priorités concernant la riposte à la flambée épidémique. La Directrice régionale a conclu son allocution en réitérant l'engagement de l'OMS et des partenaires à soutenir les efforts en cours dans la Région africaine avec toutes les ressources disponibles.

EXPOSÉS

121. La séance d'ouverture a été suivie par deux exposés portant sur la riposte à la flambée et les priorités en cours.

Riposte à la flambée

122. Le D^r Richelot Ayangma, coordonnateur par intérim de l'équipe d'intervention rapide au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté l'exposé sur la riposte à la flambée. L'exposé a fourni des informations actualisées concernant : l'importance de l'importation du poliovirus sauvage de type 1 dans la Région africaine et la nécessité d'une vigilance permanente ; la circulation continue de poliovirus non sauvages dans la Région africaine ; l'appel à des efforts conjoints pour mettre fin à toutes les formes de poliomyélite ; et la nécessité d'un engagement politique pour parachever le travail en mettant fin à toutes les flambées de poliomyélite en Afrique. Le D^r Richelot Ayangma a recommandé aux gouvernements de continuer à donner la priorité aux ripostes aux flambées épidémiques de poliomyélite, aux ressources et aux vaccins provenant du stock mondial et de renforcer la vaccination systématique.

Priorités actuelles

123. Le D^r Modjirom Ndoutabe, coordonnateur par intérim du programme de lutte contre la poliomyélite au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté l'exposé sur les priorités en matière de lutte contre la poliomyélite. Cet exposé portait essentiellement sur des points tels que : les enseignements tirés de la lutte contre la poliomyélite et que l'on peut exploiter pour faire face à d'autres urgences de santé publique ; le maintien du niveau de surveillance le plus élevé en vue d'une détection rapide ; et la transition des fonctions essentielles et des activités courantes dans l'optique d'une santé publique intégrée. Le D^r Ndoutabe a souligné qu'un effort collectif est de ce fait nécessaire pour parvenir à l'éradication mondiale, moyennant le renforcement des systèmes de vaccination systématique pour prévenir les flambées épidémiques, le maintien d'une surveillance sensible pour détecter tout nouveau cas et la mise en œuvre de campagnes rapides et de qualité pour riposter aux flambées épidémiques.

Échanges

124. Lors des échanges, les délégués ont fait valoir l'impérieuse nécessité de tout mettre en œuvre pour que l'éradication de la poliomyélite reste une priorité majeure des programmes d'action des gouvernements. Les participants ont souligné qu'il convient d'intensifier les efforts à cette fin, particulièrement en ce qui concerne la mobilisation de ressources, la surveillance communautaire, environnementale et transfrontalière, l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. Les délégués ont également suggéré de renforcer la communication pour mieux faire accepter les mesures de prévention, notamment la vaccination, d'intensifier la recherche d'enfants « zéro dose » et de mettre un accent plus marqué sur les populations en conflit et dans les zones difficiles d'accès, ainsi que sur les campagnes transfrontalières.

SÉANCE DE CLÔTURE

Appel à l'action

125. La D^{re} Moeti a remercié les États Membres pour l'échange vaste et approfondi des expériences, des défis et des solutions proposés pour les principales interventions recommandées, notant que certains États Membres pourraient s'inspirer des stratégies déjà adoptées par d'autres. La Directrice régionale a invité les États Membres à se concentrer sur la vaccination et sur l'assainissement afin d'éviter que des variants dérivés d'une souche vaccinale ne sévissent au sein de la population.

Interventions de partenaires

126. S'exprimant au nom des partenaires, le D^r Chris Elias, président du Conseil de surveillance de la poliomyélite et président du Développement mondial à la Fondation Bill et Melinda Gates, a félicité l'OMS et les États Membres pour les efforts en cours visant à éradiquer la poliomyélite et a réitéré l'engagement de la Fondation à soutenir ces efforts. Le D^r Elias a fait observer que plus on laisse le virus circuler et plus celui-ci évolue et s'adapte.

Mot de fin

127. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, a clôturé la manifestation spéciale en remerciant chacun des participants pour cette session fructueuse qui a été riche d'enseignements croisés tirés d'expériences partagées.

MANIFESTATIONS PARALLÈLES

MANIFESTATION PARALLÈLE SUR L'APPROCHE CONTRACTUELLE DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES AU TOGO

128. Les délégués de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique ont échangé sur l'approche contractuelle des formations sanitaires publiques au Togo lors d'une manifestation parallèle organisée le lundi 22 août 2022, en marge de la session du Comité régional, par le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins de la République togolaise.
129. L'approche contractuelle a été adoptée sur la base d'un certain nombre de constatations, en l'occurrence : i) le fossé qui existe entre les ressources allouées aux formations sanitaires et les prestations offertes ; et ii) le manque de satisfaction des usagers qui s'explique par la faible qualité des soins qui leur sont dispensés. Ceci, dans un contexte marqué par le non-respect de la chose publique, de la déontologie et de l'éthique médicales.
130. Face à ce constat, le gouvernement togolais a introduit l'approche contractuelle dans le pays pour remédier à la faible qualité des services de santé fournis dans les formations sanitaires publiques malgré des investissements accrus dans les ressources humaines et la sécurité des produits à tous les niveaux, des établissements tertiaires jusqu'aux formations sanitaires en milieu rural.
131. La contractualisation est régie par une convention entre le Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins et une entité non étatique. Elle repose sur les fondements ci-après :
- a) la formation sanitaire garde son statut public ;
 - b) l'État garde son rôle et ses prérogatives ;
 - c) l'organigramme de la formation sanitaire reste en place ;
 - d) la société contractante s'insère dans l'organigramme, apporte un appui à la gestion de la formation ; et
 - e) un comité de trésorerie est mis en place et, sur la base des recettes de la formation sanitaire, décide des dépenses dictées par les priorités de cette formation sanitaire, retenues de façon consensuelle.
132. La mise en œuvre de cette approche a débuté en juin 2017 par une phase pilote menée dans deux formations sanitaires (en l'occurrence le Centre hospitalier régional (CHR) d'Atakpamé et le Centre hospitalier préfectoral (CHP) de Blitta), qui ont été suivies par d'autres formations issues des trois niveaux de la pyramide sanitaire, ainsi qu'il suit :
- a) niveau central – Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) et Centre hospitalier universitaire (CHU) de Kara (2018) ;
 - b) niveau intermédiaire – CHR de Dapaong (2018), de Sokodé (2018) et d'Atakpamé ;
 - c) niveau périphérique : CHP de Blitta, CHP de Notsè (mars 2022) et Centre médico-social (CMS) de Siou (2018).

133. Cette approche de la contractualisation donne des résultats probants. On peut citer à titre d'exemple : la réforme, qui a permis aux formations sanitaires d'augmenter leurs recettes propres ; un développement et une amélioration de l'offre de soins ; une variation moyenne de 18 % ; une disponibilité accrue des produits pharmaceutiques ; et un taux de satisfaction des usagers dans les hôpitaux contractualisés plutôt probant : plus de 80 % des personnes sondées ont exprimé leur satisfaction.
134. Lors de la manifestation, les échanges ont tourné autour de points tels que la nécessité de jeter un plus grand regard sur l'allocation et l'utilisation des ressources dans les hôpitaux publics, pour plus d'efficacité. Il est ressorti de ces échanges que le Togo reconnaît désormais que les hôpitaux publics sont budgétivores et offrent bien souvent des soins dont la qualité laisse à désirer. Telle qu'elle est appliquée au Togo et vu les résultats obtenus, l'approche contractuelle a été reconnue comme une solution à une gestion orthodoxe et efficace des formations sanitaires, dans un esprit de partenariat public-privé. Il est néanmoins nécessaire de mieux documenter cette approche et de l'encadrer. L'accent a en outre été mis sur la nécessité de disposer de documents d'encadrement, tout comme sur l'impératif d'un assainissement plus global de la gestion de la chose publique dans les pays, autant que sur l'approche contractuelle, qui constitue un bon préalable au système dit de « leasing » pour le renforcement du système de santé. Enfin, la réflexion a porté sur la nécessité pour les États Membres de promouvoir des initiatives similaires dans les pays et de partager ces initiatives pour améliorer l'approche du Togo et permettre sa répliquabilité. Parmi les défis à relever figurent l'élaboration d'une politique ou d'une stratégie nationale concernant l'approche contractuelle au Togo, l'extension de l'approche à toutes les formations sanitaires publiques, et la réticence des agents de santé (qu'il convient de bien gérer pour y mettre un terme).
135. En perspective, les participants à la manifestation ont proposé qu'une revue externe soit réalisée au titre d'une évaluation grâce à laquelle on pourrait procéder aux ajustements nécessaires et étendre progressivement l'approche à l'ensemble des formations sanitaires publiques. D'autres suggestions ont été faites, au nombre desquelles l'idée d'instituer un système de communication pour un partage régulier des résultats obtenus, ainsi que la mise en place d'un système de motivation des agents afin d'en accroître la productivité. Des cadres politiques et stratégiques devraient être élaborés pour encadrer l'approche contractuelle. Les enseignements tirés de l'approche devraient pouvoir éclairer la planification et l'organisation des formations sanitaires au sens large.
136. En conclusion, il a été indiqué que l'Organisation mondiale de la Santé se tient entièrement disposée à apporter son appui aux États Membres pour garantir une gestion plus efficace des formations sanitaires.

PRÉPARER UNE CAMPAGNE RÉGIONALE CONTRE LA DRÉPANOCYTOSE

137. Cette manifestation parallèle a été organisée le mardi 23 août 2022. Le Professeur Jean-Marie Dangou, chef de l'équipe Maladies non transmissibles au Bureau régional, a présenté la manifestation et planté le décor en définissant la charge de la drépanocytose à l'échelle mondiale. Le Prof. Dangou a ensuite mis l'accent sur les résultats médiocres enregistrés dans la Région africaine en matière de lutte contre cette maladie. Il a ensuite joué le rôle de modérateur de la séance, dans son intégralité. Dans le mot qu'elle a prononcé à l'ouverture de la manifestation, la D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a rappelé aux participants que la drépanocytose est la maladie génétique la plus importante dans la Région africaine. La Directrice régionale a relevé que des progrès ont été accomplis depuis la manifestation parallèle qui s'était tenue sur le même sujet à l'occasion de la soixante-dixième session du Comité régional, et dont le résultat principal est que la drépanocytose a été incluse dans les plans stratégiques du secteur de la santé de tous les pays à forte charge de morbidité.
138. Les Ministres de la santé qui faisaient partie des conférenciers ont évoqué l'expérience de leurs pays sur des aspects prédéterminés de la drépanocytose. L'Honorable Kwaku Agyeman-Manu, Ministre ghanéen de la santé, a fait part de l'expérience de son pays en ce qui concerne le déploiement de l'utilisation de l'hydroxyurée dans le cadre de l'assurance-maladie nationale. L'histoire a commencé avec un professeur qui a perdu son fils à cause d'une drépanocytose, puis a décidé de défendre la cause de l'élargissement de l'accès aux soins médicaux pour cette

maladie. Grâce à la Fondation ghanéenne pour la lutte contre la drépanocytose, qu'il a créée afin de mobiliser des ressources, des recherches ont été menées, dont les résultats ont servi de base au lancement de services de dépistage des nouveau-nés. Les interventions de lutte contre la drépanocytose, y compris l'utilisation de l'hydroxyurée, sont désormais accessibles à tous les patients drépanocytaires dans le pays.

139. Présentant l'expérience de l'Ouganda, la Ministre Ruth Aceng a expliqué comment son pays a tiré parti des ressources nationales et extérieures, dont celles de la Banque mondiale, pour accroître l'accès au traitement de la drépanocytose. La Ministre ougandaise de la santé a décrit brièvement le parcours de son pays de 2013 à 2014, année au cours de laquelle une enquête a été menée afin d'établir la charge de morbidité due à la drépanocytose. Au cours de la même année, l'Ouganda a enregistré une prévalence de 1 % et de 13 % pour la drépanocytose et le trait drépanocytaire, respectivement. L'enquête a servi de référence pour l'introduction du dépistage de la drépanocytose chez les nouveau-nés à l'échelle nationale, en utilisant la goutte de sang sèche comme moyen de prélèvement des échantillons. En 2018, une étude a été menée sur l'utilisation de l'hydroxyurée. Sur la base des résultats de ladite étude, l'utilisation de l'hydroxyurée a été approuvée aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Des ressources ont été mobilisées auprès des pouvoirs publics et des partenaires. Un partenariat a été établi avec Novartis pour garantir la disponibilité de l'hydroxyurée pour les enfants en Ouganda. Le prêt actuel de la Banque mondiale destiné à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant a été octroyé au pays pour lui permettre d'inclure la prise en charge de la drépanocytose par l'hydroxyurée. Le résultat de tous ces efforts se présente comme suit : des services de dépistage de la drépanocytose chez les nouveau-nés sont désormais disponibles à l'échelle nationale ; la formulation d'hydroxyurée de Novartis a été approuvée par l'autorité de réglementation des médicaments pour un usage chez les enfants âgés de plus de cinq ans ; et le pays compte sept centres d'excellence pour la prise en charge de la drépanocytose. Des ressources supplémentaires s'avèrent nécessaires pour maintenir et élargir les services et pour introduire de nouvelles interventions.
140. Le D^r Malachie Manouada, Ministre camerounais de la santé publique, a fait part des succès obtenus par son pays en matière d'intégration de la lutte contre la drépanocytose dans d'autres programmes. Le Cameroun dispose d'un centre de référence et des efforts ont été faits pour décentraliser les soins. Les principaux défis à relever comprennent le diagnostic tardif et l'accès limité, les soins n'étant disponibles que dans les centres d'orientation-recours. À l'avenir, le pays donnera la priorité à la prévention primaire, en faisant porter les efforts sur les conseils aux couples et sur l'intégration de la drépanocytose dans d'autres programmes et services, sans oublier le dépistage précoce et la prise en charge de la maladie au niveau communautaire.
141. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre de la santé du pays hôte, a évoqué l'approche novatrice adoptée par le Togo, à savoir utiliser le sport pour sensibiliser la population. L'accent est mis sur les jeunes pour la prévention primaire. Il existe une collaboration étroite entre les secteurs de la santé et de l'éducation. Diverses plateformes telles que les marchés sont utilisées pour atteindre la population. Parmi les autres priorités, on peut citer la formation des agents de santé, l'élargissement de l'accès aux médicaments et la recherche scientifique dans le domaine de la drépanocytose.
142. La Professeure Julie Makani de SickleInAfrica, une ONG qui gère des programmes dans plusieurs pays africains, a expliqué dans son propos liminaire en tant que panéliste (qui s'exprimait en ligne) que le soutien de son organisation était axé sur la recherche, la formation de prestataires de services et les soins complets à divers niveaux des établissements de santé. Au nombre des principales recommandations formulées figurent la nécessité d'assurer une intégration dans les programmes et plateformes de services existants, le fait d'éviter un programme vertical de lutte contre la drépanocytose, l'élargissement de la programmation de la couverture sanitaire universelle par l'entremise des soins de santé primaires, l'intensification du plaidoyer et des partenariats et le fait d'œuvrer pour un accès accru au traitement curatif, ce qui englobe la transplantation de moelle osseuse.
143. Dans son intervention en ligne, M. Collin McIlff, de l'US Department of Human and Health Services/OGA, a fait le point sur la coalition mondiale pour la lutte contre la drépanocytose. Il a également rappelé les mesures prises par l'ancien secrétaire adjoint à la santé de l'administration américaine, qui a fait pression sur les entreprises pharmaceutiques internationales pour qu'elles réduisent le coût des médicaments.

144. D'autres délégations d'États Membres ont participé et contribué à la séance de questions-réponses, notamment celles du Burundi, de la Gambie, du Niger et de la République centrafricaine. Les délégués de ces États Membres ont partagé leurs expériences de la lutte contre la drépanocytose, abordant entre autres les principaux problèmes rencontrés.
145. Dans son mot de clôture, la D^{re} Moeti a reconnu la richesse des expériences et des diverses stratégies partagées par les différents pays. La Directrice régionale a rappelé aux participants que la manifestation avait pour but de préconiser des actions de plaidoyer et de sensibilisation à la lutte contre la drépanocytose. La D^{re} Moeti a rappelé aux participants la nécessité de s'appuyer sur ce qui avait été entrepris et d'intégrer la drépanocytose dans les plateformes de programmation et de prestation de services des groupes de population touchés. En perspective, la Directrice régionale a souligné qu'il convient de mobiliser des ressources supplémentaires pour élargir l'accès aux interventions connues, renforcer la recherche et explorer les traitements curatifs dont fait partie la thérapie génique.

RÉUNION DES MINISTRES DE LA SANTÉ DES PEID

146. L'OMS accompagne les petits États insulaires en développement (PEID) de la Région africaine de l'OMS, à savoir Cabo Verde, les Comores, la Guinée-Bissau, Maurice et Sao Tomé-et-Principe, ainsi que Madagascar, dans la mise en œuvre de leur politique relative aux achats groupés. En signant l'Accord sur l'achat groupé de médicaments et d'autres produits médicaux pour les petits États insulaires en développement de la Région africaine de l'OMS en septembre 2020, les Ministres de la santé de ces pays ont demandé au Secrétariat de l'OMS de définir et de mettre en forme définitive toutes les conditions à remplir pour le premier appel d'offres concernant les achats groupés.
147. À cette fin, le Secrétariat a entrepris des missions dans les pays, au cours desquelles il a aussi évalué la capacité de production locale de Cabo Verde, ainsi que le respect des bonnes pratiques d'entreposage et de distribution par les agences de passation des marchés publics réquisitionnés par les PEID. Le Comité technique et le Comité de la passation des marchés ont examiné les résultats de la mission lors d'une réunion tenue en mai 2022 à Cabo Verde.
148. Lors de la soixante-douzième session du Comité régional à Lomé, les Ministres de la santé des PEID ont été informés des résultats des missions en ce qui concerne : les normes relatives à l'achat groupé des médicaments et produits médicaux ; l'évaluation de la production locale à Cabo Verde ; l'évaluation du respect des bonnes pratiques d'entreposage et de distribution par les agences de passation des marchés publics dans les PEID ; et les critères de sélection du pays hôte du Secrétariat du Programme d'achat groupé pour les PEID.
149. Les Ministres ont pris note du consensus auquel le Comité technique et le Comité de la passation des marchés sont parvenus lors de leur réunion à Cabo Verde, et qui porte sur les points ci-après :
- la liste de 67 médicaments prioritaires devant faire l'objet d'un achat groupé, de même que leurs spécifications et leurs quantités ;
 - les normes réglementaires à respecter, y compris en matière d'étiquetage ;
 - l'utilisation de l'appel d'offres ouvert comme méthode de passation des marchés par défaut ;
 - l'utilisation des prix EXW (« à l'usine ») et DAP (« rendu au lieu de destination ») – applicables aux modes de transport par air et par mer ; et
 - l'appel d'offres conjoint, les pays individuels étant chargés de la contractualisation et du désintéressement des fournisseurs.
150. Les Ministres ont relevé que, pour le premier appel d'offres lancé dans le cadre du Programme d'achat groupé pour les PEID, l'ouverture et l'évaluation des plis ne sont pas encore achevées. Les Ministres ont également reconnu que certains PEID sont en proie à des difficultés de financement, de planification des achats, d'espace de stockage et à d'autres problèmes de gestion de la chaîne logistique, et que ces pays ont besoin de l'accompagnement du Secrétariat.

151. Les Ministres ont en outre relevé que Cabo Verde produit 84 produits localement, couvrant ainsi 35 % des besoins nationaux, et renforce d'ailleurs ses capacités afin de couvrir les besoins non satisfaits et d'exporter une partie de sa production. Enfin, les Ministres ont pris note des critères proposés pour le choix du pays devant abriter le Secrétariat du Programme d'achat groupé pour les PEID. Après délibération, les Ministres ont décidé :
- a) de valider les 67 produits prioritaires pour devant faire l'objet d'achats groupés ;
 - b) d'approuver les obligations réglementaires et les autres normes en matière d'achat groupé ;
 - c) d'adopter l'appel d'offres ouvert comme méthode de passation des marchés par défaut ; et
 - d) d'approuver les critères retenus pour le choix du pays devant abriter le Secrétariat du Programme d'achat groupé pour les PEID, en laissant aux pays concernés deux semaines pour formuler éventuellement des observations supplémentaires.
152. Les prochaines étapes se présentent comme suit pour le Secrétariat : ouverture et évaluation de l'appel d'offres pour un achat groupé ; lancement du processus de sélection du pays devant abriter le Secrétariat du Programme d'achat groupé pour les PEID ; établissement des documents et outils encore attendus du programme ; et accompagnement des PEID pour qu'ils puissent régler d'autres problèmes pharmaceutiques recensés au cours des missions.

LA LUTTE CONTRE LES MÉDICAMENTS DE QUALITÉ INFÉRIEURE ET FALSIFIÉS EN AFRIQUE : UNE APPROCHE DE COLLABORATION ET D'INTÉGRATION

153. Dans la continuité de l'Initiative de Lomé lancée en janvier 2020, une manifestation parallèle sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés a été organisée lors de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, sur le thème « La lutte contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés en Afrique : une approche de collaboration et d'intégration ». Les conférenciers étaient : le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS ; le Dr Joseph Caboré, Directeur de la gestion des programmes au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé ; le Dr Daniel Ngamije, Ministre rwandais de la santé ; l'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma, Commissaire à la santé, aux affaires humanitaires et au développement social de l'Union africaine ; et la D^{re} Mamessilé Aklah Agba-Assih, Vice-ministre togolaise de la santé chargée de la couverture sanitaire universelle. Le modérateur du panel de discussion était M. Richard Amalvy, Directeur général de la Fondation Brazzaville. La réflexion a porté sur la chaîne d'approvisionnement, sur les leviers à actionner pour organiser la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés, ainsi que sur l'harmonisation et la coopération.
154. En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement de produits pharmaceutiques, il a été relevé qu'il est essentiel de s'appuyer sur des fournisseurs fiables et que la chaîne de distribution doit être renforcée à cause de la complexité de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Le continent importe plus de 70 % de ses produits médicaux. Les industries et unités de production africaines qui ne sont pas exploitées à leur pleine capacité doivent encore être développées afin de réduire la dépendance à l'égard des sources extérieures. Le Dr Tedros a souligné que les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés existent uniquement à cause de l'accès limité à des produits de qualité et d'un prix abordable. Aussi le Directeur général de l'OMS a-t-il appelé à une collaboration entre les pays pour assurer la coordination et l'assurance de la qualité des médicaments, vaccins et dispositifs produits localement. L'Agence africaine des médicaments est également appelée à jouer un rôle déterminant dans cette dynamique, tout en renforçant les organismes nationaux de réglementation.
155. Les participants ont relevé que les principaux leviers à actionner pour optimiser la lutte sont : la mise à jour des lois et des règlements ; l'amélioration de la coordination multisectorielle au sein des pays ; et le renforcement de la collaboration transfrontalière de façon à pouvoir détecter et retirer rapidement de la circulation les produits de qualité inférieure dans le but de protéger la santé publique. Les participants ont aussi souligné l'importance d'instruments tels que la loi type de l'Union africaine sur la réglementation des produits médicaux et le traité de l'Agence africaine des médicaments pour parvenir à une harmonisation et à une coopération efficaces dans la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés. Les panélistes ont invité instamment les pays à accélérer la ratification du traité de l'Agence africaine des médicaments.

156. Au nombre des défis recensés figurait la complexité de la chaîne d'approvisionnement, qui rend cette chaîne vulnérable aux produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés dans la majorité des pays africains. Une telle vulnérabilité fait le lit de la corruption et d'une mauvaise gouvernance dans le système de santé, une situation exacerbée par le manque de coordination multisectorielle. Pour relever ces défis, les États Membres ont recommandé que des procédures transparentes soient élaborées pour régir le choix de fournisseurs fiables, que la collaboration interpays soit renforcée, y compris moyennant des achats groupés, et qu'un appui soit fourni en vue de la fabrication locale de produits de santé.

VERS UN LEADERSHIP POLITIQUE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT D'ICI À 2030 – MANIFESTATION ORGANISÉE PAR L'UNION AFRICAINE EN COLLABORATION AVEC L'OMS ET L'EGPAF

157. Le modérateur de la séance d'ouverture de la manifestation était le D^r Joseph Phaahla, Ministre sud-africain de la santé. Dans son propos liminaire, l'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma, Commissaire à la santé, aux affaires humanitaires et au développement social de l'Union africaine, a mis en relief l'interconnexion entre la tuberculose et la nutrition. La Commissaire à la santé de l'Union africaine a fait observer que la tuberculose chez l'enfant associée à la malnutrition pose de sérieux problèmes de santé dans les États Membres de l'Union africaine et que les enfants en situation de dénutrition peuvent développer des complications étendues et graves. L'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma a souligné la nécessité de mener des interventions novatrices d'urgence pour intégrer le diagnostic de la tuberculose dans les programmes de nutrition, le but étant de faciliter l'identification précoce de cette maladie chez les enfants.

158. La D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a insisté sur l'importance de veiller à ce que les besoins des enfants soient pris en compte, ce qui n'est possible que si les données pertinentes sont ventilées afin de garantir une riposte ciblée. Dans son propos liminaire, la Directrice régionale a déclaré que : « L'épidémie de tuberculose chez les enfants en Afrique se produit dans l'ombre et a été largement ignorée jusqu'à présent. » La D^{re} Moeti a fait valoir la nécessité d'un leadership politique fort, de la responsabilisation, de l'appui financier et de la solidarité mondiale pour élargir l'accès à des produits de diagnostic, médicaments, vaccins et autres outils efficaces de lutte contre la tuberculose.

159. La D^{re} Marie Khemesse Ngom Ndiaye, Ministre sénégalaise de la santé, a relevé que des enfants étaient encore laissés de côté dans la riposte à la tuberculose, exprimant sa satisfaction de savoir que la manifestation parallèle avait pour vocation d'attirer l'attention sur les questions essentielles en lien avec la tuberculose et la nutrition chez l'enfant.

160. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a ensuite présenté un exposé intitulé « Inégalités auxquelles les enfants sont confrontés dans la riposte à la tuberculose en Afrique – Vue d'ensemble de la situation de la tuberculose et de la nutrition chez l'enfant dans la Région africaine », qui a fait ressortir les données existantes, tout comme les lacunes dans la riposte à la tuberculose chez l'enfant. Il est ressorti de l'exposé que deux tiers des enfants de la Région africaine ne sont pas signalés aux autorités sanitaires ou ne sont pas diagnostiqués pour la tuberculose, avec pour corollaire un risque accru de progression rapide de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose, surtout chez les jeunes enfants. En effet, à peine un tiers (32 %) des enfants de moins de cinq ans sont diagnostiqués pour la tuberculose dans la Région – la plus faible proportion au monde concernant le diagnostic de la tuberculose chez les enfants.

161. Les raisons évoquées pour expliquer cette faible détection de la tuberculose étaient, entre autres, une mauvaise collecte des échantillons, couplée à la nécessité d'assurer une confirmation bactériologique de la maladie chez les enfants qui présentent des symptômes cliniques non spécifiques se superposant à ceux d'autres maladies courantes de l'enfance. En outre, pour obtenir des soins de santé primaires ou pour des services de santé de l'enfant, les enfants et les jeunes adolescents sont généralement emmenés dans des établissements dont la capacité de diagnostic de la tuberculose est souvent limitée.

162. L'exposé présenté par le Secrétariat a été suivi par une table ronde animée par l'Honorable Khumbize Kandodo Chiponda, Ministre de la santé de la République du Malawi. Au cours des échanges, la D^{re} Sylvie Nzeyimana, Ministre burundaise de la santé, a déclaré qu'en 2021, les enfants âgés de moins de cinq ans représentaient 24 % des cas de tuberculose dans son pays, tandis que le taux de prévalence de la malnutrition était de 5 % à l'échelle nationale. Face à cette situation, une attention particulière a été accordée à la malnutrition dans les établissements de santé et au niveau des communautés. Une partie de la solution consistait à privilégier l'intégration de la nutrition dans plus de 90 % des établissements de soins de santé primaires et à adopter la prise en charge communautaire des cas, tout en impliquant les agents de santé communautaires dans la prise en charge des adultes qui vivent avec la tuberculose.
163. La Ministre éthiopienne de la santé a fait remarquer que les enfants sont vulnérables et socialement défavorisés. Par conséquent, des mesures doivent être prises pour protéger leurs droits en réduisant la pauvreté dans l'environnement immédiat des enfants et en veillant à ce qu'ils bénéficient de la protection sociale. Des éléments factuels devraient être produits pour donner aux responsables de l'élaboration des politiques les clés pour prendre les bonnes décisions. La nécessité d'accroître les investissements nationaux pour garantir des interventions ciblées a aussi été évoquée. Qu'à cela ne tienne, de telles interventions seront à la traîne si elles restent cantonnées au stade de projet.
164. Un représentant de la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) a présenté quelques bonnes pratiques aux pays qui s'efforcent d'atteindre l'objectif d'une génération sans tuberculose. Il s'agit notamment d'intensifier le dépistage systématique de la tuberculose aux points d'entrée pertinents pour la santé de l'enfant, de mettre en œuvre des stratégies appropriées de recherche active des cas chez les enfants et les adolescents à risque et d'intensifier les traitements préventifs des enfants à risque.
165. Le représentant du Partenariat Halte à la tuberculose a souligné que le manque de ressources et d'attention constitue la principale raison pour laquelle les enfants sont laissés de côté, ajoutant que de tels problèmes peuvent être réglés si une attention politique accrue est accordée à la lutte contre la tuberculose chez l'enfant. Il a souligné que le maintien du statu quo et le fait d'agir comme à l'accoutumée ne mettront pas fin à la tuberculose. Le représentant du Partenariat Halte à la tuberculose a appelé l'Afrique à jouer un rôle de chef de file audacieux dans la lutte contre la tuberculose en général et contre la tuberculose chez l'enfant en particulier.
166. Le débat qui a suivi le tour de table a été ponctué par des interventions du Togo, du Kenya et du Congo.
167. Les participants à la réunion ont adopté un Appel à l'action pour que des mesures immédiates et globales soient prises afin de mettre fin à l'incidence considérable de la tuberculose chez l'enfant en Afrique. L'Appel demande également que des mesures rapides soient prises pour accélérer le relèvement après l'impact de la COVID-19 et exhorte les pays à faciliter la généralisation du diagnostic, du traitement et des soins de la tuberculose adaptés aux enfants. Les États Membres de la Région africaine sont invités instamment à donner la priorité au financement de la lutte antituberculeuse et à allouer des ressources financières, techniques et humaines suffisantes pour accélérer les progrès en vue de mettre fin à la tuberculose chez l'enfant comme chez l'adolescent.
168. La manifestation parallèle a été déclarée close par le Ministre togolais de la santé.

GARANTIR LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN AFRIQUE – DÎNER MINISTÉRIEL POUR DES ÉCHANGES CONCERNANT LES PROGRAMMES PHARES DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE AXÉS SUR LA PRÉPARATION ET LA RIPOSTE AUX SITUATIONS D'URGENCE

169. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé, a souhaité la bienvenue aux participants et souligné la nécessité d'adopter une approche « Une seule santé » pour la gestion des flambées épidémiques, en prenant pour exemple le succès que l'Europe a enregistré dans l'élimination de nombreuses maladies infectieuses avant l'invention des antibiotiques. Il a exhorté les participants à s'investir dans les différents sujets qui seront abordés, en mettant à profit les enseignements tirés des récentes flambées épidémiques, y compris la pandémie de COVID-19.

170. La D^{re} Lindiwe Makubalo, Sous-directrice régionale au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité la bienvenue aux invités et leur a fait savoir que les échanges de la soirée porteraient essentiellement sur la vision commune d'améliorer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sur le continent africain afin de mieux se préparer au prochain choc. La Sous-directrice régionale a souligné que la COVID-19 et les récentes flambées de maladies à virus Ebola et Marburg, couplées à la circulation du poliovirus sauvage, ont levé un pan de voile sur les faiblesses des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne le financement, les infrastructures et les capacités du personnel de santé, toutes choses qui requièrent une action collective et urgente.
171. Le D^r Chikwe Ihekweazu, Sous-Directeur général de l'OMS, par ailleurs Directeur du Centre d'information OMS sur les pandémies et les épidémies, a présenté les 10 propositions formulées par le Directeur général de l'OMS pour renforcer l'architecture à l'appui de la préparation, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires. Ces propositions s'articulent autour de trois piliers majeurs – à savoir la gouvernance, les systèmes et le financement – et comprennent cinq mesures essentielles : la coordination des mesures d'urgence, une surveillance collaborative, la protection de la population, un accès aux mesures médicales de lutte et des soins cliniques. La D^{re} Fiona Braka, cheffe de l'équipe chargée de la gestion des opérations d'urgence au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté de façon succincte les trois programmes phares lancés par le Bureau régional de l'Afrique en ce qui concerne la préparation et la riposte aux situations d'urgence. Elle a souligné que le programme PROSE vise à élaborer des plans d'action nationaux cohérents pour la préparation, la prévention, la réduction des risques et la préparation opérationnelle ; tandis que le programme TASS a pour but d'assurer une coordination graduelle des alertes et des interventions grâce à un cadre d'action d'urgence normalisé et couramment appliqué ; et que le programme Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence (SURGE) a pour vocation de mettre en place des équipes nationales et régionales d'alerte et d'intervention en cas d'urgence sanitaire interopérables et que l'on peut déployer rapidement. La D^{re} Braka a porté une attention particulière au programme PROSE, qui fait lui-même une large place au renforcement de la capacité des pays à prévoir les risques, à planifier les aléas et à se préparer à mobiliser des ressources humaines et matérielles pour stabiliser au plus vite les situations d'urgence et faire face avec efficacité aux crises humanitaires.
172. La D^{re} Stella Chungong, directrice du département Sécurité sanitaire : préparation au sein du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, a fait observer que la majorité des pays de la Région africaine sont mal équipés pour prévenir les pandémies, s'y préparer et y riposter. À titre d'exemple, 45 pays ont certes élaboré des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire, mais aucun de ces plans d'action n'est pleinement mis en œuvre ni financé. La D^{re} Chungong a précisé que, selon les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale, en tout 10,5 milliards de dollars É.-U. supplémentaires s'avèrent nécessaires chaque année aux niveaux national, régional et mondial pour renforcer la capacité des pays à se préparer aux pandémies, un sérieux déficit de ressources qui sera partiellement comblé par le nouveau Fonds d'intermédiation financière pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (FIF-PPR). Elle a expliqué que le nouveau Fonds fournira un financement catalytique et comblera les lacunes pour renforcer les capacités de l'architecture de préparation et riposte aux situations d'urgence sanitaire et les investissements en faveur de la résilience des systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec un accent marqué sur l'intensification de la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.
173. La manifestation s'est poursuivie par une cérémonie de présentation de 50 intervenants d'élite togolais issus de l'ensemble des départements ministériels concernés. Une table ronde a été organisée à la suite de cette cérémonie, avec la participation de représentants de divers ministères du Togo. La table ronde portait essentiellement sur l'application pratique par le Togo de l'approche « Une seule santé » lors des situations d'urgence, ainsi que sur les plans du pays relatifs au programme Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence – qui est intégré au Corps africain des volontaires de la santé (AVoHC-SURGE) – et à la collaboration multisectorielle future.
174. Le représentant du Ministère de l'agriculture a ajouté qu'une approche « Une seule santé » suppose une collaboration étroite avec les communautés pour garantir l'usage approprié des pesticides, tout comme la surveillance de la santé animale qui permettra de répertorier et d'endiguer rapidement les zoonoses. Dans le même ordre d'idée, le

représentant du Ministère de l'environnement a admis que la Région africaine est confrontée à une augmentation des situations d'urgence d'origine climatique, ajoutant que le Togo a déjà pris des mesures importantes pour faire face à ce type de crises. Par exemple, dans le cadre d'un projet financé par la Banque mondiale, le gouvernement togolais organise une surveillance épidémiologique intersectorielle à l'échelle nationale aux fins de laquelle le Ministère de la santé travaille en étroite collaboration avec le Ministère de l'agriculture.

175. M^{me} Myriam Dossou, Ministre du développement à la base, a expliqué que son ministère s'efforce de réduire durablement la pauvreté en tant que cause fondamentale de mauvaise santé et axe principalement son action sur l'éducation, la sensibilisation et l'organisation des communautés de base. Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19 par exemple, le ministère a, par l'intermédiaire de l'Agence nationale du volontariat, engagé, formé et déployé 5000 jeunes bénévoles chargés de distribuer des masques et de transmettre des messages clés sur la prévention de la maladie, ce qui a permis d'atteindre près de cinq millions de personnes sur toute l'étendue du territoire togolais. La Ministre du développement à la base a souligné l'importance de la communication sur les risques et de la participation communautaire, un point de vue qui a été repris par le ministère de la communication, qui s'est concerté avec les différents ministères pendant la crise engendrée par la pandémie de COVID-19 pour collecter et transmettre les informations nécessaires à la gestion de cette crise.
176. Enfin, les représentants du Ministère des armées, du Ministère de l'enseignement supérieur et de l'Agence nationale de protection civile ont souligné la nécessité de renforcer la logistique lors des situations d'urgence sanitaire, de canaliser les ressources humaines et financières vers la recherche et de renforcer la coordination intergouvernementale.
177. Une autre articulation de la manifestation parallèle était une table ronde, qui a débuté par une causerie à bâtons rompus avec le D^r Constantino Chiwenga, Vice-Président de la République du Zimbabwe et Ministre de la santé et de la protection de l'enfance. La causerie avec le D^r Chiwenga a débuté par une réflexion sur la double casquette qu'il porte dans l'administration zimbabwéenne, où il exerce les fonctions de Vice-Président de la République en gérant parallèlement le portefeuille de la santé, occupant ainsi deux postes de haut niveau. Le D^r Chiwenga a souligné que cette double casquette lui donne la latitude d'appliquer une approche pangouvernementale et pansociétale lorsqu'il s'agit de gérer des situations d'urgence sanitaire. Le Vice-président zimbabwéen a notamment évoqué l'approche que l'administration de son pays a adoptée pour la lutte contre la pandémie de COVID-19, un contexte dans lequel il a supervisé la mise en œuvre de la riposte intersectorielle organisée par le Zimbabwe. Avant d'ajouter que le concept « Une seule santé » cadre parfaitement avec les méthodes de gestion des situations d'urgence sanitaire employées par son pays, tout en précisant que le Centre d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) du Zimbabwe représente la plaque tournante chargée de coordonner toutes les situations d'urgence.
178. Le D^r Chiwenga a aussi mis en avant la riposte que l'administration de son pays a opposée à la récente flambée de rougeole qui a coûté la vie à plus de 100 enfants au Zimbabwe. Il convient de noter que l'administration zimbabwéenne a lancé des programmes de vaccination supplémentaires financés grâce aux ressources mobilisées localement auprès du Fonds national de gestion des catastrophes, et que les pouvoirs publics ont pris des mesures urgentes pour renforcer la vaccination systématique. En concluant son propos, le D^r Chiwenga a salué l'appui que l'OMS et d'autres partenaires ont apporté au Zimbabwe dans sa lutte contre cette flambée de rougeole.
179. Le D^r Edwin Dikoloti, Ministre botswanais de la santé et du bien-être, qui était le premier à s'exprimer dans le cadre des interventions des membres du panel, a ouvert le débat par un point sur les gains exceptionnels engrangés par le Botswana en matière de renforcement de son architecture de préparation et de riposte aux situations d'urgence. Il est intéressant de constater, à cet égard, que le pays a considérablement réduit le délai médian entre la détection des flambées et leur endiguement, puisque l'on est passé de 418 jours en 2016 à 51 jours en 2018. Le Botswana a aussi accompli des progrès éloquentes dans le recrutement et la formation d'une équipe de 70 experts d'élite en situations d'urgence issus des niveaux national et infranational et de différents secteurs, tout en garantissant un solide équilibre entre les sexes (44 % des intervenants étant des femmes). Le D^r Dikoloti a rappelé la nécessité de garantir la parité hommes-femmes, faisant remarquer qu'au plus fort de la COVID-19, les perturbations des services

de santé ont entraîné une baisse accentuée de l'utilisation des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes, ce qui s'est traduit par une hausse de la violence sexiste et de la mortalité maternelle, avec pour corollaire une exacerbation de la pauvreté. Dans un continent où les femmes représentent au bas mot 70 % des agents de santé, le D^r Dikoloti a exhorté les pays et les partenaires à intégrer la parité hommes-femmes dans l'action d'urgence.

180. Le Professeur Cheikh Baye Mkheitiratt, chef de mission au Ministère de la santé de Mauritanie, a expliqué que la riposte de la Mauritanie aux situations d'urgence sanitaire a dû tenir compte du fait qu'en plus d'accueillir de nombreux migrants et réfugiés, le pays est vaste et recèle quantité de zones qui restent difficiles d'accès. En vue de surmonter ces problèmes, le pays a déjà constitué et formé une équipe de 52 experts multisectoriels qui se tiennent prêts pour un déploiement dans n'importe quelle région du pays afin de faire face aux situations d'urgence sanitaire et aux crises humanitaires. Le Professeur Mkheitiratt a décrit à grands traits les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre de cette initiative, singulièrement la nécessité pour les pays d'adapter leurs approches de préparation et de riposte aux situations d'urgence aux contextes, cultures et expériences locaux.
181. S'agissant du rôle du CDC-Afrique, le D^r Benjamin Djoudalbaye, chef de la division Politique, diplomatie de la santé et communication au CDC-Afrique, a fait remarquer que le Corps africain des volontaires de la santé (AVoHC), qui a été lancé à la suite de la crise due à la maladie à virus Ebola qui a sévi de 2014 à 2016 en Afrique de l'Ouest, a été intégré au programme SURGE afin de garantir une meilleure coordination régionale. Le D^r Djoudalbaye a attiré l'attention sur l'importance de la riposte, précisant que dans la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 adoptée par le Comité régional, l'une des principales cibles, d'ici à 2030, est que « 80 % des districts dans chaque État Membre disposent de capacités de riposte rapide pour lutter contre les agents pathogènes particulièrement dangereux ». Malgré cela, des lacunes considérables subsistent. Le D^r Djoudalbaye a fait observer que l'Afrique compte 2000 épidémiologistes ayant suivi une formation de niveau « Master », mais que le continent a encore besoin d'au moins 6000 agents pour assurer une surveillance et une riposte efficaces. Le programme AVoHC-SURGE permettra donc de renforcer les capacités aux niveaux national et régional.
182. Le D^r Abdou Salam Gueye, directeur de niveau régional pour les situations d'urgence au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a clôturé la session en réitérant l'objectif de former 3000 intervenants prêts à être déployés dans les 24 à 48 heures qui suivent la déclaration d'une situation d'urgence. Il a précisé que la plupart des pays auront des équipes constituées de 50 intervenants multidisciplinaires, tandis que les équipes de pays tels que le Nigéria, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo seront constituées d'au moins 150 intervenants chacune. Le D^r Gueye a révélé que l'objectif reste de disposer de 1000 intervenants prêts pour le déploiement d'ici fin 2022, et de 3000 intervenants prêts pour le déploiement d'ici fin 2023. Ce pool d'intervenants, a-t-il souligné, équivaut à une brigade dans l'armée et constitue une unité d'élite qui sera prête à défendre l'Afrique contre un ennemi minuscule mais très tenace.

BÂTIR DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS EN AFRIQUE EN AMÉLIORANT LE LEADERSHIP, LA GESTION ET LA GOUVERNANCE : LE PROGRAMME « LES VOIES DU LEADERSHIP » DU BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE AU BÉNÉFICE DES ÉTATS MEMBRES

183. Cette manifestation parallèle de haut niveau a servi de prétexte pour la présentation des informations contextuelles et des expériences relatives à la genèse du programme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé », et à la mise en œuvre de ce programme au Bureau régional, au Ghana et au Niger. Parmi les conférenciers figuraient : le D^r Joseph Caboré, Directeur de la gestion des programmes au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; le D^r Anthony Ofofu, Directeur général adjoint des services de santé du Ghana ; et le D^r Idi Illiassou Maïnassara, Ministre de la santé, de la population et des affaires sociales de la République du Niger. Le D^r Caboré a lancé le débat – animé par un modérateur – en décrivant la genèse du Programme, qui est apparu comme une initiative du Programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine et qui vise à accroître la sensibilisation individuelle et interpersonnelle des membres du personnel

de l'OMS, à affiner leurs compétences analytiques et à améliorer leur compréhension des questions complexes auxquelles les gestionnaires de programme ou d'unité et les équipes dirigeantes de l'OMS sont confrontés. Le Directeur de la gestion des programmes au Bureau régional de l'Afrique a décrit l'option choisie par l'OMS, qui est de former des responsables de la santé publique de l'intérieur, une démarche grâce à laquelle l'Organisation a pu impulser et exécuter de façon efficace le Programme de transformation dans l'environnement sanitaire complexe de la Région africaine.

184. Le D^r Idi Illiassou Maïnassara et le D^r Anthony Oforu ont tous les deux partagé leurs expériences de bénéficiaires du programme du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique intitulé « Les voies du leadership pour la transformation de la santé en Afrique », au Niger et au Ghana, respectivement. Chacun des deux orateurs a souligné la valeur ajoutée du programme dynamique de leadership dans le renforcement de l'accent placé sur les résultats, la responsabilisation, le travail d'équipe et la pensée systémique afin de réussir la transformation du secteur de la santé. Le D^r Idi Illiassou Maïnassara a mis en relief l'impact que ce programme a eu sur les compétences du personnel de santé de haut rang en matière de leadership au Niger. Le Ministre nigérien de la santé a noté qu'une nouvelle vision de la gestion, de la direction des équipes de santé et de la prestation de services centrée sur la personne est de mise, car les responsables de haut rang ont adopté et appliquent les principes de leadership qu'ils ont acquis lors de leur participation au programme. Le D^r Idi Illiassou Maïnassara a ensuite mentionné les améliorations notables apportées à la coordination et à la gestion des interventions au Ministère de la santé du Niger. Il a lancé un appel pour qu'une attention nouvelle soit accordée au renforcement du cadre de gestion au sein des systèmes de santé, tout en soulignant l'importance cruciale de bien asseoir le leadership pour améliorer l'état de santé des populations. Le Niger ambitionne d'accroître le nombre de bénéficiaires du programme en lançant une deuxième cohorte à l'intention des hauts responsables nationaux de la santé. Faisant écho aux aspirations du Niger, la D^{re} Denisa Ionette, Ambassadrice de l'Union européenne au Niger a, dans son intervention en ligne, réaffirmé l'engagement de l'Union européenne à renforcer la gouvernance sanitaire au Niger. La D^{re} Denisa Ionette a décrit la capacité du programme non seulement à consolider les aptitudes et compétences en matière de leadership, mais aussi à améliorer les mesures prises au titre de la riposte à la COVID-19 et du relèvement après cette pandémie.
185. En sa qualité de participant à la première cohorte du programme au Ghana, le D^r Anthony Oforu a décrit l'utilité de ce programme qui donne à l'individu les moyens de cerner ses forces, de les améliorer en tant que leader et de faire fructifier la conscience de soi et l'intelligence émotionnelle acquises. Il a exprimé son appréciation pour certains des outils du programme, notamment les tests d'autoévaluation StrengthsFinder de Gallup et la rétroaction à 360 degrés qui donnent un aperçu du style de leadership d'un individu. Le D^r Oforu a encouragé les responsables de la santé à avoir recours à un encadreur professionnel, décrivant en guise d'illustration sa propre expérience du volet « accompagnement » du programme. Il a indiqué que c'est grâce à cet accompagnement que nombre de participants ont été outillés pour engager des conversations courageuses visant à remédier à l'insuffisance professionnelle dans les équipes et pour amener leurs équipes à adopter une vision commune. Il a expliqué comment le programme a aidé les participants à repenser les moyens traditionnels de faire face au changement et de relever les défis dans l'écosystème de la santé en adoptant un état d'esprit axé sur le développement et une pensée systémique. Dans son intervention en ligne, le D^r Francis Kasolo, Représentant de l'OMS au Ghana, a loué la collaboration heureuse qui existe entre le Ministère de la santé du Ghana, les Services de santé du Ghana, le bureau de pays de l'OMS au Ghana et le FCDO du Royaume-Uni, ce qui s'est traduit par un engagement à faire en sorte que le programme bénéficie aux responsables de la santé de niveau intermédiaire et aux femmes occupant des fonctions de direction. Deux cohortes supplémentaires sont envisagées à cet effet. Le D^r Kasolo a également présenté les efforts qui sont faits pour soutenir le programme, au moyen de collaborations avec des établissements universitaires au Ghana, de façon à ce que ce programme soit intégré dans les programmes d'enseignement axés sur le perfectionnement professionnel.
186. Parmi les principaux résultats de cette manifestation parallèle qui a attiré un large public, on peut citer : un intérêt accru des États Membres à participer au programme, manifesté notamment par la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Kenya ; et un consensus parmi les participants sur l'utilité potentielle du

programme pour un changement de système qui permettrait d'édifier des systèmes de santé plus solides et plus résilients en Afrique.

DÎNER-CONFÉRENCE MINISTÉRIEL SUR L'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE

187. La manifestation parallèle sur l'intelligence artificielle a été organisée dans le cadre du suivi d'un atelier technique sur l'usage de l'intelligence artificielle au service de la santé dans la Région africaine, qui avait eu lieu en juin 2021 à l'initiative du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et de l'Union internationale des Télécommunications (UIT), avec le concours de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le dîner-conférence ministériel a réuni des responsables de haut niveau de l'élaboration des politiques, issus de toute l'Afrique, qui ont pu échanger sur les dimensions politiques essentielles du renforcement des systèmes de santé au moyen de l'intelligence artificielle et d'autres solutions numériques pertinentes. La manifestation avait pour objet de présenter des solutions de santé reposant sur l'intelligence artificielle, mises au point et en œuvre par les États Membres de la Région africaine, et de définir des mesures concrètes visant à façonner les politiques et à créer des environnements favorables à la promotion des technologies numériques, afin d'accélérer l'amélioration de la santé et des programmes de développement connexes.
188. M^{me} Cina Lawson, Ministre togolaise de l'économie numérique et de la transformation numérique, qui présidait la manifestation, a souhaité la bienvenue aux participants et les a remerciés pour leur participation à la session. La Ministre togolaise de l'économie numérique a profité de l'occasion pour partager avec les participants la stratégie de numérisation du Togo et la façon dont l'intelligence artificielle a transformé l'économie et le système de santé du Togo pendant la pandémie. M^{me} Lawson a exhorté les participants à prendre le sujet au sérieux et à lui donner la priorité dans tous les pays afin de faire progresser la transformation numérique du continent.
189. La D^{re} Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a présenté l'enquête menée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur la santé numérique dans les États Membres. La D^{re} Moeti a déclaré que les résultats faisaient clairement ressortir que plus de la moitié des États Membres disposent de politiques de mise en œuvre de programmes de santé numérique afin d'améliorer les soins de santé dans la Région. La Directrice régionale a insisté sur le fait qu'au moment où nous célébrons ces réalisations, nous devons relever certains défis liés à la mise en œuvre de l'intelligence artificielle dans nos pays, allant de l'inadéquation des cadres juridiques à la pénurie de ressources humaines en passant par un manque de financement et par une capacité insuffisante à adopter ces technologies émergentes. La D^{re} Moeti a invité instamment les Ministres à s'unir derrière la volonté de rendre les programmes de cybersanté accessibles à tous nos pays, faisant valoir en outre que des jalons solides peuvent être posés pour un développement responsable, ainsi que pour l'adoption et la transposition à une plus grande échelle des innovations, dont l'intelligence artificielle, tout en maintenant l'équité au centre des interventions.
190. Le Professeur Moustafa Mijiyawa, Ministre togolais de la santé et de l'hygiène publique, a fait observer quant à lui que les États Membres devaient reconnaître la pertinence de la technologie au fil des ans. Dans cette logique, il a exhorté les pays à rechercher des voies et moyens susceptibles d'améliorer l'intelligence artificielle et de l'utiliser pour réaliser des économies d'échelle.
191. La Directrice de l'UIT pour la Région africaine a souligné le fait que de nombreuses personnes n'ont pas encore accès aux réseaux dans les pays en développement, ce pourquoi elle a rappelé la nécessité d'améliorer l'infrastructure numérique et d'élargir l'accès aux technologies numériques. Elle a expliqué que le seul moyen d'atteindre cet objectif était d'œuvrer de concert, par l'entremise de partenariats multipartites, pour l'adoption durable des technologies numériques. La Directrice de l'UIT pour la Région africaine a mis en exergue les initiatives conjointes prises avec l'OMS, telles que le cours sur le leadership en matière de santé numérique. Elle a mentionné les initiatives en cours avec l'OMS pour faire progresser la mise en œuvre de l'intelligence artificielle au service de la santé en Afrique, à savoir le Groupe thématique de l'UIT et de l'OMS sur l'intelligence artificielle, la série AI4Good, l'initiative Be Mobile, dont la vocation est de fournir diverses informations sanitaires permettant de lutter contre les maladies

non transmissibles et d'autres facteurs de risque. La représentante de l'UIT a souligné que, pour atteindre l'objectif 3 de développement durable qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, les technologies numériques ont un rôle déterminant à jouer dans le télédiagnostic et les soins de santé, comme l'ont illustré les différentes initiatives prises jusqu'à présent.

192. La D^{re} Lisa Baldwin, cheffe de division au Bureau Afrique de l'USAID, a fait remarquer que les États-Unis avaient élaboré des stratégies d'intelligence artificielle pour tous les secteurs et sont disposés à collaborer avec des partenaires. La D^{re} Baldwin a indiqué que le plan américain concernant l'intelligence artificielle énonce des mesures concrètes que l'on doit prendre pour renforcer les écosystèmes numériques qui sous-tendent l'emploi judicieux de l'intelligence artificielle, et mis en relief l'importance des partenariats pour façonner un programme mondial responsable dans le domaine de l'intelligence artificielle. Les États-Unis soutiennent des solutions novatrices fondées sur l'intelligence artificielle qui peuvent renforcer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé et donner aux pays et aux communautés les moyens d'agir. La D^{re} Baldwin a invité les États Membres et les partenaires à collaborer pour décider activement quand et où ils jugeront opportun d'incorporer l'intelligence artificielle dans les systèmes de santé. Elle a indiqué que l'on doit veiller à ce que l'écosystème numérique soit suffisamment solide pour soutenir la mise au point et le déploiement des technologies d'intelligence artificielle de façon équitable et au bénéfice de tous.
193. Une séance d'information technique a été organisée sur l'environnement technologique de l'intelligence artificielle dans la Région africaine et sur les opportunités qu'il offre dans la lutte contre la COVID-19. Au cours de cette séance, M. Derrick Muneene, chef de l'unité Collaboration et partenariat pour la santé numérique à l'OMS, a présenté la perspective mondiale de la santé numérique. Il a indiqué que l'intelligence artificielle est l'une des technologies émergentes qui requiert un effort concerté de tous les acteurs impliqués dans le secteur. M. Muneene a donné des précisions sur divers projets que l'OMS met en œuvre avec des partenaires afin de renforcer la gouvernance et le rôle moteur des États Membres dans le domaine de la santé numérique.
194. M. Housseynou Ba, point focal des questions de santé numérique au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté aux participants des informations sur les progrès réalisés dans le domaine des technologies de l'information et de la communication et sur le développement de la santé numérique en Afrique. Il a profité de l'occasion pour évoquer l'enquête sur la santé numérique qui a été menée récemment dans la Région. M. Ba a déclaré que des progrès importants ont été accomplis en matière de gouvernance, mais que la mise en œuvre reste lente.
195. Le Ministre sierra léonais de la santé et de l'assainissement a fait part de l'expérience de son pays dans l'amélioration des soins de santé grâce à la santé numérique. Le Ministre a indiqué que la numérisation et l'intelligence artificielle ne devraient plus être considérées comme un luxe, mais comme des outils nécessaires pour tous. Il a décrit l'utilisation que son pays fait des outils numériques afin de réduire la lourde charge de mortalité maternelle. Le Ministre sierra léonais de la santé et de l'assainissement a déclaré qu'avec le déploiement des données et des outils, son pays pourrait obtenir des résultats probants en termes de très forte réduction de la mortalité maternelle.
196. La Ministre de la santé de la République du Malawi a ensuite fait part de l'expérience de son pays. La Ministre a souligné que le Malawi a élaboré une stratégie sanitaire nationale qui encourage la nécessité de tirer parti de l'analyse prédictive et des mégadonnées pour améliorer la prestation des services de santé. Elle a insisté sur le fait que le Malawi s'est servi de l'intelligence artificielle dans diverses situations comme la santé de la population et les mégadonnées pour prendre des décisions en rapport avec son système de santé.
197. Le Ministre caboverdien de la santé a indiqué dans son intervention que l'intelligence artificielle est largement utilisée au service de la santé à Cabo Verde, ce qui a induit des effets positifs sous plusieurs aspects, notamment la mise en œuvre de solutions technologiques pour la cartographie et une meilleure prestation des services de santé tels que l'amélioration du diagnostic, des infrastructures et de la surveillance sanitaire, les îles de Cabo Verde ne disposant pas d'une excellente capacité de riposte. Le Ministre caboverdien a évoqué les différentes capacités d'amélioration qui sont mises en place dans le petit pays insulaire depuis 2014. Cabo Verde compte plusieurs

programmes qui bénéficient aux jeunes dotés des compétences financières en matière de digitalisation au profit du secteur de la santé.

198. Le Ministre congolais des postes, des télécommunications et de l'économie numérique a évoqué l'importance de l'intelligence artificielle et des améliorations apportées au secteur de la santé en République du Congo. Le Ministre a recommandé que tous les pays soutiennent l'idée et l'initiative de transformer le Centre africain de recherche sur l'intelligence artificielle en une université. Il a ensuite appelé à soutenir la vision et l'initiative visant à créer un observatoire africain de l'intelligence artificielle au sein de cette institution et à encourager activement la formation, la recherche, le développement et la valorisation des talents africains autour de l'intelligence artificielle.
199. Le résultat principal de la manifestation est que les États Membres ont exprimé leur volonté de travailler sur les avancées de l'intelligence artificielle au service des soins de santé en Afrique. Les ministres et toutes les parties prenantes ont déclaré être prêts à œuvrer de concert en faveur d'un environnement favorable à l'utilisation de technologies numériques telles que l'intelligence artificielle dans le secteur de la santé, au niveau des pays. Les États Membres ont indiqué quant à eux être disposés à élaborer des politiques judicieuses pour améliorer l'adoption de l'intelligence artificielle et d'autres technologies numériques afin de transformer le secteur de la santé dans la Région africaine.

MANIFESTATION PARALLÈLE AVEC LES MINISTRES DE LA SANTÉ DE LA RÉGION AFRICAINE SUR LA SEPTIÈME RECONSTITUTION DU FONDS MONDIAL – MANIFESTATION ORGANISÉE PAR LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

200. En collaboration avec le Secrétariat du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et les Ministères de la santé de la République démocratique du Congo et de la République togolaise, le Bureau du Groupe africain au sein du Fonds mondial a organisé avec succès des concertations de plaidoyer sur la septième reconstitution des ressources du Fonds mondial. Cette concertation de plaidoyer a eu lieu le 26 août 2022 à Lomé (Togo), en marge de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. La réunion était organisée pour mobiliser le soutien des Ministres africains de la santé en vue de la septième reconstitution des ressources du Fonds mondial, en encourageant leurs gouvernements à prendre des engagements envers le Fonds et à les honorer, en vue de progresser vers l'objectif qui est de mettre fin à ces maladies d'ici à 2030. Les participants à la réunion ont également souligné l'importance de la mobilisation des ressources nationales dans la lutte contre les trois maladies. La réflexion ainsi engagée a favorisé une compréhension commune à un haut niveau de l'argumentaire d'investissement du Fonds mondial, qui servira de référence aux Ministres de la santé pour mieux défendre les efforts de reconstitution au sein de leurs gouvernements. Cette compréhension commune devait permettre d'accroître l'engagement politique et la visibilité dans la dernière ligne droite avant la conférence d'annonce de contributions qui devait se tenir du 19 au 21 septembre 2022 à New York. La conférence d'annonce de contributions a pour vocation de mobiliser les 18 milliards de dollars É.-U. nécessaires pour poursuivre la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, tout en édifiant des systèmes de santé plus solides capables de résister au test de la COVID-19 et aux futures pandémies.
201. Au cours de la manifestation organisée en marge de la session du Comité régional, l'importance du partenariat et du leadership mondiaux pour mettre fin aux trois épidémies a été fortement mise en exergue aussi bien par la D^{re} Matshidiso Moeti, que par l'Ambassadrice Minata Samaté Cessouma, Commissaire à la santé de l'Union africaine. La Directrice régionale et la Commissaire à la santé ont toutes les deux insisté sur la nécessité de veiller à ce que les efforts de reconstitution des ressources et la lutte pour venir à bout des trois épidémies restent ancrés dans des visions stratégiques telles que le cadre catalytique, l'Agenda 2063 de l'Union africaine et la couverture sanitaire universelle.
202. De nombreux intervenants ont mis en avant le rôle crucial que joue le Fonds mondial, qui a changé la donne en matière de lutte contre les trois maladies, comme en témoignent les plus de 44 millions de décès évités pendant les 20 années d'existence du Fonds. Cet accomplissement souligne la nécessité d'accroître le financement destiné à la lutte contre le paludisme et la tuberculose pour le prochain cycle du nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial. Certes, des progrès satisfaisants ont été accomplis dans la lutte contre ces maladies, mais la pandémie de

COVID-19 a eu un impact négatif sur les avancées programmatiques, et des efforts de reconstitution des ressources doivent être faits pour remettre les objectifs programmatiques sur de bons rails.

203. Quatorze Ministres de la santé représentant la Guinée-Bissau, la Sierra Leone, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Gambie, le Congo, la Mauritanie, le Tchad, la République centrafricaine, le Rwanda, le Burundi, la République démocratique du Congo et les Comores ont pris la parole et relevé à l'unisson l'importance de la septième reconstitution en se déclarant prêts à prendre des engagements et à honorer les engagements pris par leurs gouvernements respectifs. Les Ministres concernés ont également reconnu que les pays doivent accroître les ressources nationales destinées à la santé et édifier des systèmes de santé résilients par des efforts tels que la fabrication locale et le renforcement des chaînes d'approvisionnement sur la base des enseignements tirés de la riposte à la pandémie de COVID-19. Ils ont en outre salué la flexibilité dont fait preuve le Fonds mondial pour aider les pays à lutter contre les trois maladies en fonction du contexte local.
204. Dans son mot de clôture de la manifestation, le Ministre togolais de la santé a remercié le Fonds mondial pour son engagement à mettre fin aux trois épidémies et a promis le soutien du Togo à la reconstitution des ressources.

PARTIE IV

ANNEXES



Assemblée
mondiale de la Santé

Région africaine Região Africana

72^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (RC72)
2022, Centre international des Conférences de Lomé, Lomé - Togo

72^a sessão do comité regional da OMS para a África (RC72)
2022 - 26 August 2022, Lomé International Conference Centre, Lomé - Togo

26 de Agosto de 2022, Centro Internacional de Conferências de Lomé, Lomé - Togo



REPUBLIQUE TOGOLAISE



STBY 15:34

PEAKING x.i | N

PPI

F4.0 ISO1000 50

MIRROR

ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

1. REPRÉSENTANTS D'ÉTATS MEMBRES

ALGÉRIE

D^r Djamel Fourar
Directeur général de la prévention
et de la promotion de la santé
Ministère de la santé, de la population
et de la réforme hospitalière
Chef de délégation

M. Samir Rahmani
Secrétaire des Affaires étrangères
Ambassade d'Algérie au Congo

Prof. Lyes Rahal
Directrice générale des services de santé
Ministère de la santé, de la population
et de la réforme hospitalière

M^{me} Narimène Lagraa
Sous-directrice
Ministère de la santé, de la population
et de la réforme hospitalière

ANGOLA

Dra Sílvia Paula Valentim Lutucuta
Ministra da Saúde
Ministério da Saúde
Cheffe de délégation

Dr Franco Cazembe Mufinda
Secretário de Estado para Saúde pública
Ministério da Saúde

Dr Leonardo europeu Inocêncio
Secretário de Estado para a Área Hospitalar
Ministério da Saúde

Mr Manuel Pedro
Second Secretary for Permanent Mission
Permanent Mission of Angola in Geneva

Dra Helga Freitas
Directora Nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde

Dra Sara Paxe Silva
Secretaria Geral do Ministério da Saúde
Ministério da Saúde

Dra Joana Filipa Morais
Directora de Instituto de Investigação em Saúde
Ministério da Saúde

Dr Miguel Miranda
Director de Gabinete de Intercâmbio em Saúde
Ministério da Saúde

Dr Azevedo Ekumba
Director do Instituto Nacional de Emergências
Médicas de Angola
Ministério da Saúde

Dra Jovita Chocoputo Cachequele André
Directora Nacional dos Hospitais
Ministério da Saúde

Dr João Monteiro
Director do Gabinete de Recursos Humanos
Ministério da Saúde

BÉNIN

Professeur Benjamin I.B. Hounkpatin
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Chef de délégation

M. Ali Imorou Bah Chabi
Secrétaire général
Ministère de la santé

M^{me} Françoise Sybille Assavedo
Directrice adjointe du Cabinet du Ministre de la santé
Ministère de la santé

M. Rodrigue Kodjo Kohoun
Conseiller technique aux soins de santé
primaires du Ministre de la santé
Ministère de la santé

M. Blaise Guezo-Mevo
Directeur général de l'Agence nationale
des soins de santé primaires
Ministère de la santé

BOTSWANA

Dr Edwin G. Dikoloti
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Mr Moses Kagiso Keetile
Deputy Permanent Secretary
Health, Policy Research Development
Ministry of Health

Mr Onkemetse Mathala
Director, Health Policy, Research and Development
Ministry of Health

Ms Rajunisa Rose Molomo
Acting Chief Health Officer (Partnerships)
Ministry of Health

Dr Malebogo Kebabonye
Senior Consultant, Primary Health Care
Ministry of Health

Dr Seadimo Gasennelwe
Consultant, Primary Health Care
Ministry of Health

BURKINA FASO

D^r Robert Lucien Jean-Claude Kargougou
Ministre de la santé et de l'hygiène publique
Ministère de la santé et de l'hygiène publique
Chef de délégation

M. Dieudonné W. Désiré Sougouri
Ambassadeur, Représentant permanent
du Burkina Faso à Genève

D^r Emmanuel Seini
Directeur général de la santé publique
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^r Patrice Ali Combarry
Conseiller technique du Ministre
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^r Brice Wilfried Bicaba
Directeur du Centre des opérations de réponse
aux urgences sanitaires
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^{re} Emmanuelle Marie L. Zouré
Directrice de la prévention et du contrôle
des maladies non transmissibles
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^r Amado Tiguéri Traoré
Directeur régional de la santé du Nord
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

M^{me} Wendegoudi Jacqueline Ouédraogo
Premier Conseiller à la Mission permanente
du Burkina Faso à Genève
Mission permanente du Burkina Faso à Genève

BURUNDI

D^{re} Chloé Ndayikunda
Directrice générale des Services de santé
et de la lutte contre le sida
Ministère de la santé publique et
de la lutte contre le sida

M. Pamphile Bukuru
Chef de la Cellule Information et communication
Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida

M^{me} Emelyne Nyankawindemera
Conseillère au Cabinet du Ministre de la santé
publique et de la lutte contre le sida
Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida

CABO VERDE

M. Arlindo do Rosário
Ministre de la santé et de la sécurité sociale
Ministère de la santé et de la sécurité sociale
Chef de délégation

Mr Bruno Jorge Santos
 Directeur du Bureau des affaires pharmaceutiques
 Ministère de la santé et de la sécurité sociale

CAMEROUN

D^r Malachie Manaouda
 Ministre de la santé publique
 Ministère de la santé publique
Chef de délégation

D^{re} Florence Zeh Kakanou
 Ministère de la santé publique

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

D^r Pierre Somse
 Ministre de la santé et de la population
 Ministère de la santé et de la population
Chef de délégation

D^{re} Noelly Donon Douma
 Directrice générale de la recherche, des études
 et de la planification
 Ministère de la santé et de la population

D^{re} Mauricette Julie Goddot
 Directrice générale de la recherche,
 des études et de la planification
 Ministère de la santé et de la population

TCHAD

M^{me} Francine Mbaidedji Dekandji
 Secrétaire d'État à la santé publique
 et à la solidarité nationale
 Ministère de la santé publique
 et de la solidarité nationale
Cheffe de délégation

M. Ismael Barh Bachar
 Secrétaire général du Ministère
 de la santé publique et de la solidarité nationale

M. Abderrazzack A. Fouda
 Coordonnateur national des actions
 de lutte contre la COVID-19
 Ministère de la santé publique
 et de la solidarité nationale

D^r Gouara Ouatche
 Conseiller santé du Premier Ministre

D^{re} Saada Daoud
 Directrice générale de la lutte contre la maladie,
 de la santé de reproduction, de la promotion
 de la santé et de la nutrition

M. Oulech Salim Taha
 Conseiller du Ministre, Point focal Gavi
 Ministère de la santé publique
 et de la solidarité nationale

M. Massoud Chogar Ali
 Chef de service
 Ministère de la santé publique
 et de la solidarité nationale

COMORES

M^{me} Loub-Yakouti Attoumamne
 Ministre de la santé, de la solidarité, de la protection
 sociale et de la promotion du genre
 Ministère de la santé, de la solidarité, de la protection
 sociale et de la promotion du genre
Cheffe de délégation

M. Youssef M'Bechezi
 Conseiller
 Ministère de la santé, de la solidarité,
 de la protection sociale et de la promotion du genre

D^r Zaidou Youssef
 Président du Comité Médical et soignant
 du CHRI Hombo/Anjouan
 Ministère de la santé, de la solidarité,
 de la protection sociale et de la promotion du genre

D^r Ahmed Abdallah
 Coordonnateur du Projet COMPASS
 Ministère de la santé, de la solidarité,
 de la protection sociale et de la promotion du genre

M^{me} Outiati Ahmed Selemane
 DRS/Anjouan
 Ministère de la santé, de la solidarité,
 de la protection sociale et de la promotion du genre

M^{me} Nathra Binti Mohamed Rama
 DRS/Mohéli
 Ministère de la santé, de la solidarité, de la protection
 sociale et de la promotion du genre

D^r Moussa Elamini Mhoussini
DRS/Ngazidja
Ministère de la santé, de la solidarité, de la protection sociale et de la promotion du genre

CONGO

M. Gilbert Mokoki
Ministre de la santé et de la population
Ministère de la santé et de la population

Chef de délégation

D^r Ludovic Anselme Gnekoumou Libaba
Conseiller technique
Ministère de la santé et de la population

D^r Antoine Loussambou
Conseiller à la santé du Ministre de la santé et de la population

M. Jule César Botokou
Ministre Conseiller à la Mission permanente du Congo à Genève

D^r Paul Oyere Moke
Directeur général de la population
Ministère de la santé et de la population

Prof. Henri Germain Monabeka
Directeur général des soins et services de santé
Ministère de la santé et de la population

D^r Félix Moloumba
Chargé de mission du Ministre de la santé et de la population
Ministère de la santé et de la population

M. Franck Bokino Katali
Agent au Cabinet du Ministre de la santé et de la population
Ministère de la santé et de la population

CÔTE D'IVOIRE

M. Pierre Dimba
Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

Chef de délégation

Prof. Samba Mamadou
Directeur général de la santé
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

D^r Adoueni Katché Valery
Directeur du Programme de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles

D^{re} Ekra née Sery Eliane Lydie
Coordonnatrice pour l'offre de soins de la couverture maladie universelle (CMU)

D^r Cherif Djibril
Médecin épidémiologiste, gestionnaire du Centre des opérations d'urgence de la santé publique
Institut national de l'Hygiène publique

M. Gohi Bi Zah Patrice
Conseiller à la Mission permanente de la République de Côte d'Ivoire à Genève

M^{me} Yao Victorine épouse Yoboue
Journaliste reporter d'images
à la Radiodiffusion Télévision Ivoirienne (RTI)

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

D^r Mbungani Mbanda Jean-Jacques
Ministre de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention
Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention

Chef de délégation

D^r Kataba Ndireyata Thomas
Directeur de la Direction d'études et de planification
Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention

D^r Tumba Benabiabu Anne Marie
Directeur du Programme national de santé de la reproduction
Ministère de la santé publique, de l'hygiène et de la prévention

D^r Yuma Ramazani Sylvain
Conseiller technique du Ministre et membre du Sous-Comité du Programme Représentant pays

Benjamin Bola Ikolua
 Conseiller principal Santé et bien-être
 Ministère de la santé publique, de l'hygiène
 et de la prévention

ÉRYTHRÉE

Dr Berhane Debru
 ADG of Policy, Planning and HRD Department
 Ministry of Health

ESWATINI

Senator Lizzie F. Nkosi
 Minister of Health
 Ministry of Health
Head of delegation

Mr Vuyile D. Dlamini
 Ambassador
 Permanent Mission of the Kingdom
 of Eswatini in Geneva

Dr Samuel Magagula
 Director Health Services-Medical
 Ministry of Health

Dr Velephi J. Okello
 Director Health Services-Clinical
 Ministry of Health

Dr Glory Msibi-Dlamini
 Chief Nursing Officer
 Ministry of Health

Mrs Rejoice Nkambule
 Deputy Chief Nursing Officer
 Ministry of Health

Ms Fortunate Bhembe
 Chief Pharmacist
 Ministry of Health

Ms Bawelile Philomena Simelane
 First Secretary
 Eswatini Permanent Mission in Geneva

Ms Ncamsile Mntshali
 US admin
 Ministry of Health

Mr Dumsane Shongwe
 Principal Planning Officer
 Ministry of Health

Mr Funwako Dlamini
 Deputy Chief Environmental Office
 Ministry of Health

ÉTHIOPIE

Dr Lia Tadesse Gebremedhin
 Minister of Health
 Ministry of Health

Head of delegation

Dr Dereje Duguma Gameda
 State Minister of Health
 Ministry of Health

Mr Ruot Gatwech Gil
 Head, Gambella Regional Health Bureau
 Ministry of Health

Dr Mesay Hailu Dangisso
 Director General, Ethiopian Public Health Institute
 Ministry of Health

Dr Ruth Nigatu Belachew
 Chief of Staff, Office of the Minister
 Ministry of Health

Mr Naod Wendrad abera
 Director, Policy Plan Monitoring and Evaluation
 Directorate, Ministry of Health

Dr Meseret Zelalem Tadesse
 Director, Reproductive Maternal, Neonatal,
 Child Health and Nutrition
 Directorate, Ministry of Health

Mrs Hiwot Solomon Taffese
 Director, Disease Prevention and Control Directorate,
 Ministry of Health

Mr Assegid Samuel Cheru
 Director, Human Resource for Health Development
 Directorate, Ministry of Health

Mrs Ekram Redwan Hussen
 Director, Hygiene and Environmental Health
 Directorate, Ministry of Health

Dr Tegene Regassa Luba
Director, Public relation and communication Directorate,
Ministry of Health

GABON

M. Sayid Abeloko
Ambassadeur
Ambassade de la République gabonaise au Togo
Chef de délégation

GAMBIE

Dr Ahmadou Lamin Samateh
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Muhammadou L. Jaiteh
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr Mustapha Bittaye
Director of Health Services
Ministry of Health

GHANA

Mr Kwaku Agyeman-Manu
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Mr Kwabena Boadu Oku-Afari
Chief Director
Ministry of Health

Dr Baffour Awuah
Director Technical Coordination
Ministry of Health

Ms Rahilu Haruna
WHO Desk Officer
Ministry of Health

Dr Franklin Asiedu-Bekoe
Director of Public Health, Ghana Health Service

GUINÉE

D^r Mamadou P. Diallo
Ministre de la santé et de l'hygiène publique
Ministère de la santé et de l'hygiène publique
Chef de délégation

D^r Mohamed Lamine Yansané
Secrétaire général
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^r Bachir Kanté
Conseiller principal
Ministère de la santé et de l'hygiène publique

D^{re} Bintou Condé
Directrice préfectorale de la santé de Dubréka

GUINÉE-BISSAU

Cristovão Manjuba
Directeur de la lutte contre les maladies
Dionisio Cumba
Ministère de la santé publique

GUINÉE ÉQUATORIALE

M. Mitoha Ondo'o Ayekaba
Vice-ministre de la santé et du bien-être social
Ministère de la santé et du bien-être social
Chef de délégation

M. Florentino Abaga Ondo Ndoho
Directeur général de la santé publique, de la prévention
sanitaire, de la médecine traditionnelle et naturelle
Ministère de la santé et du bien-être social

M^{me} Josefa Natalia Sipi Saka
Master en santé publique
Ministère de la santé et du bien-être social

KENYA

Dr Patrick Amoth
Ag Director General for Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Andrew Mulwa
Ag. Director
Directorate of Preventive and
Promotive Health Services
Ministry of Health

Dr Grace Ikahu
Head, International Health Relations
Ministry of Health

Dr Emmanuel Okunga
Head, Disease Surveillance and Response
Ministry of Health

Dr Zeinab Gura
Head, Health Systems Strengthening
Ministry of Health

Dr Joyce Wamicwe
Ass. Director of Medical Services
Ministry of Health

Dr Rabera Kenyanya
Ass. Chief Pharmacist
Ministry of Health

Dr Peace Mutuma
Health Attaché
Kenyan Permanent Mission in Geneva

Dr Kariuki gachoki
Deputy Director, Product Safety-Kenya
Pharmacy and Poisons Board

LESOTHO

Mr Semano Sekatle
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Mrs Maneo M. Ntene
Principal Secretary
Ministry of Health

Dr Tsepang Lekhela
Director Primary Health Care
Ministry of Health

LIBÉRIA

Dr Francis N. Kateh
Deputy Minister for Health Services/
Chief Medical Officer
Ministry of Health

Head of delegation

Dr Lorraine Cooper
Director/Country Health Services
Ministry of Health

Mr Martin Dumoe
Director of Planning
Ministry of Health

Mrs Naomi Hamwi
Family Health Division
Ministry of Health

Hon. C. Sanford Wesseh
Assistant Minister for Virtual Statistics
Ministry of Health

MADAGASCAR

M. Randriatsarafara Fidiniaina mamy
Directeur général de la médecine préventive
Ministère de la santé publique

M^{me} Razafindravao Tatiana Eddie
Chargée d'affaires par intérim
Mission permanente de Madagascar à Genève

M. Rabeharifara Dominique Claude
Conseiller
Mission permanente de Madagascar à Genève

MALAWI

Hon. Khumbize Kandodo Chiponda
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Charles Mwansambo
Secretary for Health
Ministry of Health

Dr George Chithope-Mwale
Director of Curative and Medical Rehabilitation Services
Ministry of Health

MALI

M. Aly Diop
Secrétaire général
Ministère de la santé et du développement social
Chef de délégation

D^r Abdoulaye Guindo
Conseiller technique
Ministère de la santé et du développement social

D^r Youma Sall
Conseiller technique
Ministère de la santé et du développement social

D^r Cheick Amadou Tidiane Traoré
Directeur général de la santé et de l'hygiène publique
Ministère de la santé et du développement social

D^r Moussa Kamissoko
Directeur de la Cellule de planification et de statistique
du secteur Santé, développement social
et promotion de la famille
Ministère de la santé et du développement social

M. Mory Coulibaly
Conseiller à la Mission permanente du Mali à Genève

MAURITANIE

Prof. Cheikh Baye Mkhaitiratt
Chargé de mission
Ministère de la santé
Chef de délégation

D^r Diop Cheikh Oumar
Coordonnateur de la Cellule de planification et de la
coopération
Ministère de la santé

MAURICE

Dr Kailesh Kumar Singh Jagutpal
Minister of Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Head of delegation

Dr Vijayasing Dinassing
Director Health services
Ministry of Health and Wellness

Ramputty Prithviraj
Director Health Services
Ministry of Health and Wellness

Mrs Hema Bhunjun-Kassee
Lead Analyst
Ministry of Health and Wellness

MOZAMBIQUE

Hon. Urci Farida Algt
Vice-Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Mrs Cuco Rosa Marlene
Health Counsellor
Permanent Mission of the Republic
of Mozambique in Geneva

Mr Jonhane Leonel Joaquim
International Cooperation Department Officer
Ministry of Health

Mr Osvaldo Jossitala
Executive Director of NAIMA+ Network of NGO
working in Health

NAMIBIE

Ms Petronella Masabane
Deputy executive Director
Ministry of Health and Social Services
Head of delegation

Mr Benetus Nangombe
Executive Director
Ministry of Health and Social Services

Mr Godwin Tjavara
Director
Ministry of Health and Social Services

Dr Theo-Ben Kandetu
Senior Medical Officer
Ministry of Health and Social Services

NIGER

D^r Idi Illiassou Maïnassara
Ministre de la santé publique
Ministère de la santé publique,
de la population et des affaires sociales

Chef de délégation

D^r Daouda Saley
Directeur général de la santé publique
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

D^r Amadou Moustapha
Directeur général de la promotion de la santé
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

D^r Harou Issoufa
Directrice générale de la population
et de la santé de la reproduction
Ministère de la santé publique,
de la population et des affaires sociales

D^r Issaka Kamaye Mahamadou
Directeur général des affaires sociales
Ministère de la santé publique, de la Population
et des affaires sociales

M. Assoumana Haja
Directeur des études et de la programmation
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

M. Zabeirou Souley
Attaché de presse
Ministère de la santé publique, de la population
et des affaires sociales

NIGÉRIA

Mr Emmanuel Osagie Ehanire
Minister of Health
Federal Ministry of Health
Head of delegation

Ekumakama Joseph
Minister of State for Health
Federal Ministry of Health

Mamman Mahmud
Permanent Secretary for Health
Federal Ministry of Health

Salma Ibrahim Anas
Director, Family Health
Federal Ministry of Health

Alex-Okoh Morenike
Director, Public Health
Federal Ministry of Health

Adeyeye Moji
Director General
Federal Ministry of Health

Ifedayo Adetifa
Director General, Nigeria Centre for Disease Control
Federal Ministry of Health

Okwudili Okechukwu
Head, Health System Strengthening
Federal Ministry of Health

Ahmed Baba
Technical Assistant to Permanent Secretary
Federal Ministry of Health

Adeniyi Courage Ayeni
Ag. Head International Cooperation/Heald Bilateral
Federal Ministry of Health

Alaka Olufunmilola Jonet
Chief Scientific Officer
Federal Ministry of Health

Itumo Victor
Focal Point Health Desk Officer
Permanent Mission of Nigeria in Geneva

Umanah Okon James
Cameraman
Federal Ministry of Health

RWANDA

Dr Daniel Mandandi Ngamije
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Theophile Dushime
Chief Technical Advisor
Ministry of Health

Dr Corneille Killy Ntiabose
Head of Clinical and Public Health Department
Ministry of Health

Dr Albert Tuyishime
Head of Institute of HIV/AIDS Disease
Prevention and Control
Department/Rwanda Biomedical Center

SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

M^{me} Filomena Monteiro D'Alva
Ministre de la santé
Ministère de la santé
Cheffe de délégation

D^r Carlos Alberto Bandeira d'Almeida
Directeur du Centre national d'endémie
Ministère de la santé

D^r Jeryson Ramos Da Costa
Point focal technique pour les achats groupés
des petits États insulaires
Ministère de la santé

D^{re} Feliciano Da Costa Sousa Pontes
Directrice des soins de santé
Ministère de la santé

D^{re} Cintia Maria Da Graça Lima
Coordonnatrice du Cabinet
de coopération et partenariat
Ministère de la santé

SÉNÉGAL

D^{re} Marie Khemesse Ngom Ndiaye
Ministre de la santé et de l'action sociale
Ministère de la santé et de l'action sociale
Cheffe de délégation

D^r El Hadji Malick Ndiaye
Conseiller technique
Ministère de la santé et de l'action sociale

D^r Barnabé Gningue
Directeur général de la santé publique
Ministère de la santé et de l'action sociale

D^r Babacar Gueye
Directeur de la planification, de la recherche
et des statistiques
Ministère de la santé et de l'action sociale

D^r Mamadou Moustapha Diop
Directeur de la lutte contre la maladie
Ministère de la santé et de l'action sociale

D^r Alioune Badara Ly
Directeur du Centre des opérations d'urgence sanitaire
Ministère de la santé et de l'action sociale

D^r Siga Diop
Coordonnateur de la Cellule d'appui et de suivi du Plan
national de développement sanitaire et social

M. François Michel Moundor Diene
Premier Conseiller
Mission permanente du Sénégal à Genève

M^{me} Ndeye Mingue Ndiaye Gacko
Cheffe de Cabinet
Ministère de la santé et de l'action sociale

SEYCHELLES

Mrs Peggy Vidot
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Jude Gedeon
Public Health Commissioner
Ministry of Health

Andre Valentin
Principal Secretary
Ministry of Health

Vivianne Camille
Medical officer community health
Ministry of Health

Dr Susan Fock-Tave
Chief Medical Officer
Ministry of Health

SIERRA LEONE

Dr Austin Demby
Minister of Health and Sanitation
Ministry of Health and Sanitation
Head of delegation

Dr Francis Smart
Director, Policy Planning and Information
Ministry of Health and Sanitation

Dr Santigie Sesay
Director Mental Health and Non-communicable Disease
Ministry of Health and Sanitation

Dr Tom Sesay
Director of Reproductive and Child Health
Ministry of Health and Sanitation

AFRIQUE DU SUD

Dr Joseph Mathume Phaahla
Minister of Health
Ministry of Health
Head of Delegation

Mr Robina Patricia Marks
Ambassador
South Africa Embassy in Benin

Mr Ramphelane Wheelwright Morewane
Chief Director: District Health Services
Ministry of Health

Ms Tsakani Grissel Mnisi
Acting Cluster Manager: International Health
Development and Support
Ministry of Health

Dr Lebogang Lebese
Minister Councilor Health
Ministry of Health

Sherina Saran
Deputy Director: Department of International
Relations and Cooperation

Mr Terence Tshisevhe
Assistant Director: Department of International
Relations and Co-operation

Ms Dimakatso Cornelia Mabala
Minister's Personal Assistant

SOUDAN DU SUD

Dr John Pasquale Rumunu
Director General for Preventive Health
and Acting Incident Manager
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Thuou Cingoth
Director General
Ministry of Health

TOGO

Professeur Moustafa Mijiyawa
Ministre de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins
Président de la soixante-douzième session
du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins
Chef de délégation

Mamessilé K. A. Assih
Ministre déléguée, chargée de l'accès universel aux soins
Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès
universel aux soins

D' Afègnindou Gnassingbe
Ministre Conseiller
Mission permanente du Togo à Genève

Dr Kokou Wotobe
Secrétaire général
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

M. Kaledjora Banassim
Conseiller en communication
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

Potougnima Tchamdja
Conseiller technique du Ministre de la santé
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

Sibabe Agoro
Directeur régional de la santé
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

Koku Sika Dogbe
Secrétaire permanent du Plan national
de développement sanitaire
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

Yawa Djatougbe Apetsianyi
Directrice générale des études, de la planification
et de l'information sanitaire
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

Midamegbe Akakpo
Directrice de Cabinet du Ministre de la santé
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

D^r Mahamouda Teouri
Directeur du Système national d'information
sanitaire et de l'informatique par intérim
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

M. Bouzoum Kawele
Chef de la division Programmation et coopération
Ministère de la santé, de l'hygiène publique
et de l'accès universel aux soins

UGANDA

Dr Jane Ruth Aceng Oceru
Minister for Health
Ministry of Health

Head of delegation

Mrs Bangirana Anifa Kawooya
Minister of State
Ministry of Health

Mr John Guma-Komwiswa
First Secretary
Uganda Permanent Mission in Geneva

Dr Daniel Japheth Kyabayinze
Director Public Health
Ministry of Health

Dr Timothy Musila
Assistant Commissioner Health Services
(Private Sector Coordination)
Ministry of Health

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Dr Festo Dugange
Deputy Minister PORALG
Disease Control
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children
Head of delegation

Mr James Charles Kiologwe
Assistant Director NCD
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Beatrice Mutayoba
Director of Preventive Services
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Azma Simba
Assistant Director Epidemiology and Disease Control
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Witness Mchwampaka
Medical Epidemiologist
Ministry for Health, Community Development, Gender,
Elderly and Children

Mr Aifello Sichalwe
Chief Medical Officer
Ministry for Health, Community Development, Gender,
Elderly and Children

Dr Samwel Lazaro
Program Manager, National Malaria Control Program
Ministry for Health, Community Development, Gender,
Elderly and Children

Professor Abel Nkono Makubi
Permanent Secretary
Ministry for Health, Community Development, Gender,
Elderly and Children

Dr Grace Magembe
Deputy Permanent Secretary
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Ms Zulekha Fundi
Counsellor
Tanzania Permanent Mission in Geneva

Dr Riziki Kisonga
Program Manager
National TB and Leprosy Program
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Dr Elias Kwesi
Director Emergency Unit
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Ms Maimuna Tarishi
Ambassador and Permanent Representative
Tanzania Permanent Mission in Geneva

Dr AR Rwebembera
Doctor
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

Mr Welema Solomon
Assistant IHR National Coordinator
Ministry for Health, Community Development,
Gender, Elderly and Children

ZAMBIE

Ms Sylvia Tembo Masebo
Minister of Health
Ministry of Health
Head of delegation

Dr Nathan Kapata
Director – EPR
Ministry of Health

Dr Kalangwa Kalangwa
Director Health Promotion
Ministry of Health

Dr Patricia Mupeta Bobo
Acting Director Public Health
Ministry of Health

Mr Andrew Phiri
Health Reporter - Communication
Ministry of Health

Ms Serah Masonde
Acting Head of Communication
Ministry of Health

Ms Namasiku Siyumbwa
NCD/NTD Program Manager
Ministry of Health

Dr Namasiku Siyumwa
National NTD/NCD Manager
Ministry of Health

ZIMBABWE

Dr Constantino Chiwenga
Vice President of the Government Republic
of Zimbabwe and Minister of Health and Child Welfare
Ministry of Health and Child Welfare
Head of delegation

Mr Stuart Comberbach
Ambassador, Permanent Representative of Zimbabwe
to the United Nations in Geneva

Mr Kudakwashe Mazenenga
Counsellor
Zimbabwe Permanent Mission to the United
Nations in Geneva

Ms Irene Juru
Acting Deputy Director Multilateral Affairs
Ministry of Foreign Affairs and International Trade

Dr Simon Nyadundu
Acting Chief Director
Human Resources
Ministry of Health and Child Care

Dr Isaac Phiri
Acting Director Epidemiology and Disease Control
Ministry of Health and Child Care

Dr Munyaradzi Dobbie
Chief Director Public Health
Ministry of Health and Child Care

Mr Simba Majachani
Officer
Office of the Vice President and Minister of Health

Mr Ishmael Chabikwa
Officer
Office of the Vice President and Minister of Health

Mr Amos Dembetembe
ZBC Camera person
Ministry of Health and Child Care

Ms Venus Mushininga
Program Manager Non-Communicable Diseases
Ministry of Health and Child Care

Mr Forward Ndume
Security Officer
Ministry of Health and Child Care

Dr Raiva Simbi
Acting Director Laboratory Services
Ministry of Health and Child Care

Mr Enock Shava
Officer
Office of the Vice President and Minister of Health

Mr Leonard Nyakudya
Security Officer
Ministry of Health and Child Care

Mr Lawson Muswizu
Security Officer
Ministry of Health and Child Care

Mr Energy Chawoneka
Protocol Officer
Ministry of Foreign Affairs

Mr Saymore Rangwani
Security Officer
Ministry of Health and Child Care

Mr Ligomeka Tambe
Security Officer
Ministry of Health and Child Care

Mr Eddison Sithole
Counsellor
Embassy of Zimbabwe in Ghana

Ms Abigirl Tembo
Health reporter
Ministry of Health and Child Care

Mr Mukudzei Chingwere
Health reporter
Ministry of Health and Child Care

2. ÉTATS MEMBRES D'AUTRES RÉGIONS

BRÉSIL

Mr Augusto Paulo Da Silva
Head of the Regional Office for Africa
Fiocruz, Ministry of Health

Sra Luciana Milagres
Analyst of International Cooperation
for Health Technical Training
Fiocruz, Ministry of Health

Sra Lúcia Marques
Analyst
Fiocruz, Ministry of Health

CANADA

Ms Renata Pistone
First Secretary, High Commission
of Canada to Nigeria

Dr Pierre-Claver Bigirimana
Senior Health Specialist
Global Health Policy, Infectious Diseases and Pandemic
Preparedness, Health and Nutrition Bureau
Global Affairs Canada

Ms Michelle Rugamba
Analyst
Global Health Policy, Infectious Diseases and Pandemic
Preparedness, Health and Nutrition Bureau
Global Affairs Canada

Ms Genevieve Frizzell
Analyst
Global Health Policy, Infectious Diseases and Pandemic
Preparedness, Health and Nutrition Bureau
Global Affairs Canada

Mr Michael Torunian
Global Health Security Advisor
Global Health Policy, Infectious Diseases and Pandemic
Preparedness, Health and Nutrition Bureau
Global Affairs Canada

FRANCE

M. Selim Ben Halima
Chargé de politique
Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Mme Diatou Salomon
Chargée de mission coopération institutionnelle
et gouvernance démocratique
Ambassade de France à Lomé

ALLEMAGNE

Ms Clara Yanguas
Technical Advisor ProSanté
GIZ – Togo Office

Dr Sakpatenou Kokouda
Technical Advisor
GIZ – Togo Office

MONACO

Mme Ghislaine Ouoba
Coordonnatrice pays
Ambassade de Monaco au Burkina Faso

PAYS-BAS

Dr Mark Van Passel
Policy advisor
Ministry of Health

NORVÈGE

Mr Kjetil Bordvik
Senior Adviser
Norway Agency for Development
Cooperation (NORAD)

QATAR

Ms Sultana Afdhal
Chief Executive Officer
Qatar Foundation – WISH

SUÈDE

Ms Sara Kitabwalla
Senior program specialist
Swedish International Development
Cooperation Agency (SIDA)

Ms Vendela Romedahl
Programme Manager
Swedish International Development
Cooperation Agency (SIDA)

Ms Susanna Landin
Senior Advisor
Swedish International Development
Cooperation Agency (SIDA)

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Dr. Sam Oboche Agbo
Senior Health Advisor
Foreign, Commonwealth & Development Office

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Mr Colin Mciff
Deputy Director
Office of Global Affairs (OGA)
Department of Health and Human Services

Dr Elana Clarke
Acting Director
Africa Region Office (ARO)
Office of Global Affairs (OGA)
Department of Health and Human Services

Ms Adaugo Mbagwu-Mahlik
Global Health Officer
Africa Region Office (ARO)
Office of Global Affairs (OGA)
Department of Health and Human Services

Ms Sherry Vazhayil
Public Health Analyst
Office of Global Affairs (OGA)
Department of Health and Human Services

Dr Sophia Siddiqui
Health Attache and Regional Representative
for Southern Africa

Dr John Vertefeulle
Acting Director
Global Immunization Division
US Centers for Disease Control and Prevention

Dr Jeffrey McFarland
Medical Epidemiologist
US Centers for Disease Control and Prevention

Dr Jose Tchofa
Health Office Director
USAID Cameroon

Dr Hortense ME
Senior health Advisor
USAID Togo

3. OBSERVATEURS NON ÉTATIQUES

Msgr Charles Namugera
Responsable
Dicastère pour le service du développement
humain intégral
Saint-Siège

4. INSTITUTIONS DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES ET AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

CENTRE AFRICAIN DE CONTRÔLE ET DE PRÉVENTION DES MALADIES (CDC-AFRIQUE)

Dr Ahmed Ouma
Ag Director

Dr Benjamin Djoudalbaye
Head of Policy and Health Diplomacy

BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT

Dr Martha T.M. Phiri
Director of Human Capital, Youth and Skills
Development Department

Dr Peter Ogwang
Chief Health Analyst
Human Capital, Youth and Skills
Development Department

Mr Wilfrid Abiola
Country Manager
Togo

ALLIANCE DES DIRIGEANTS AFRICAINS CONTRE LE PALUDISME

Ms Joy Phumaphi
Executive Secretary

Professor Sheila Tlou
Ambassador

Mr Anthony Okara
ALMA Ambassador

Dr Monique Murindahabi
Senior Malaria Program Officer

Ms Melanie Renshaw
Chief Technical Advisor

Mr Samson Katikiti
Senior Programme Officer and Data Manager

Ms Helena Ndeshipanda
Advisor
ALMA Youth Advisory Council

Mme Aminetou Bilal
ALMA Youth Advisory Council

Mr Schadrack Girukwishaka
Central Africa Co-lead
ALMA Youth Advisory Council

Mr Odinaka Kingsley Obeta
West African Lead
ALMA Youth Advisory Council

COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE

Ms Minata Samate Cessouma
Commissioner Health, Humanitarian Affairs,
Social Development

Dr Sheila Tamara Shawa
Senior Technical and Partnerships Specialist

Ms Whitney Mwangi
Health Advocacy, Communication
and Partnerships Specialist

Ms Priscilla Wanjiru
Partnership Officer

Ms Habibata Nouredine SOW
Private Secretary Commissioner HHSDA

EAST, CENTRAL AND SOUTHERN AFRICA HEALTH COMMUNITY

Professor Yoswa Dambisya
Director General

**COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE
DES ÉTATS D'AFRIQUE CENTRALE**

Professeur Serge Blaise Emaleu
Préparation en cas d'urgence, état de préparation
et riposte (EPRR), Épidémiologie et surveillance
des maladies (EDS)

FAO

Dr Mohammed Shamsuddin
Senior Animal Production and Health Officer

GAVI, L'ALLIANCE DU VACCIN

D^{re} Marthe Sylvie Essengue Elouma
Directrice régionale Afrique centrale et de l'Ouest

Ms Hannah Dawson
Consultant - Public Policy Engagement

**AGENCE INTERNATIONALE
DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE (AIEA)**

Dr Jose Alfredo Polo Rubio
Radiation Oncologist

Ms Valentina Varbanova
Programme Management Officer

Dr Miriam Mikhail
Diagnostic Radiologist

Ms Geraldine Arias de Goebel
Head of the Cancer Control Review and Planning Section,
Division of Programme of Action for Cancer Therapy,
Department of Technical Cooperation

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE
DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE
ET DU CROISSANT-ROUGE (FICR)**

Dr Adeiza Adinoyi
Head of IFRC Africa Regional Health and Care Unit

BANQUE ISLAMIQUE DE DÉVELOPPEMENT

Dr Sadik Teyeb Operations
Operations Team Lead

UIT

Ms Caroline Gaju
Programme Officer

**FONDS KOWÉITIEU POUR LE DÉVELOPPEMENT
ÉCONOMIQUE ARABE**

Mr Abdulrazaq Al Sane
First Researcher

Dr Abdulridha Bahmen
Advisor

**ORGANISATION INTERNATIONALE
DES ÉPIZOOTIES (OIE)**

Dr Lillian Wambua
One Health officer

PARTENARIAT ROLL BACK MALARIA

Dr Kakizi Corine Karema
CEO

Dr Daddi Wayessa
Manager

Mr Philippe Batiénon
Subregional coordination Officer

PARTENARIAT HALTE À LA TUBERCULOSE

Mr Suvanand Sahu
Deputy Executive Director

Mr Ishan Bhatkoti
Advocacy Officer

Ms Honey Mehta
Media and Communications Officer

Dr Asgar Ismayilov
Advocacy Officer

**FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA
TUBERCULOSE ET LE PALUDISME**

Dr Donald Kaberuka
Board Chair

Dr Magda Robalo Correia e Silva
Alternate Board Member

Prof Kalipso Chalkidou
Head, Health Finance Department

Dr Jennifer Mbabazi
Advisor to the Board Chair

Ms Stefy Karugu
Advisor to the Board Chair

Dr Theophile Sossa
Advocacy Specialist, Advocacy

Ms Noloyiso Tsembeyi
Associate Specialist, Advocacy

Ms Sandrine Lourenco
Fund Portfolio Manager

Ms Gladys Yegon
Consultant, Health Finance Department

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA)

M^{me} Berthilde Gahongayire
Directrice régionale

Dr Mamadou Sakho
RPA (regional programme adviser-UNAIDS-WCA)

Dr Akouavi Maboudou
Strategic Information Adviser

Dr Eric Verschueren
Country Director TOGO

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD)

Mr Aliou Mamadou Dia
UNDP Resident Rep/RC ai

Dr Mike Otis Bintu Mitima
Spécialiste santé et protection sociale

Mr Emile Adjibi
Security Adviser

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR L'ENVIRONNEMENT (PNUE)

Mr David Ombisi
Programme Officer

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)

Dr Yawo Agbigbi
Chargé de Programme SR

Mr Guy C. Ahialeghbedzi
Chargé de Programme PF/SC

Ms Josiane Diana Yaguibou
Resident Representative

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Ms Marie-Pierre Poirier
Regional Director

Ms Ulrike Gilbert-Nandra
Regional Health and HIV Advisor
for West and Central Africa

M^{me} Aissata Ba Sidibe
UNICEF Representative in Togo

D^{re} Marie Therese Guigui
Cheffe Survie de l'enfant

UNION ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE OUEST-AFRICAINE

M. Mamadu Serifo
Commissaire

D^r Mahamane Hamidine
Directeur de la santé et de la protection sociale

UNRCO

M. Serge Yapo
Chef de Bureau du Togo

ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTÉ (OOAS)

Dr Aissi Melchior Joel Athanase
Director General

Dr Virgil Kuassi Lokossou
Head of Division/Health Emergency
and Disaster Management
Regional Center for Surveillance
and Disease Control

Dr Namoudou Keita
Primary health Care and Non-communicable Diseases

**SECRÉTARIAT DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC**

Dr Adriana Blanco Marquizo
Head of the Convention Secretariat

Mr Andrew Black
Team Lead, Development Assistance

Ms Guangyuan Liu
Coordinator, Governance and External Relations

Mr Kelvin Khow Chuan Heng
Programme Manager

Ms Rachelle Jacinto
External Relations Officer

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Mr Farid Fezoua
Global Director Health & Education
International Finance Corporation

Dr Subir Basak
Senior Specialist
International Finance Corporation

ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE

Mr Antony Taubman
Director

**5. ACTEURS NON ÉTATIQUES
ET AUTRES PARTENAIRES INVITÉS**

**ASSOCIATION AFRICAINE DES CENTRALES D'ACHATS
DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS**

M. Jean Claude Deka
Président

M. Ouindvia Aser Minoungou
Coordonnateur

**AFRICAN CONSTITUENCY BUREAU
FOR THE GLOBAL FUND**

Mr Josephat Kakoma
Executive Director

Mr Aaron Mulaki
Policy and Programmes Manager

Dr Djesika Amendah
Policy Lead

**ALLIANCE POUR LE CONTRÔLE
DU TABAC EN AFRIQUE (ACTA)**

Mr Leonce Sessou
Executive Secretary

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL

Ms Paola Barbarino
Chief Executive Officer

Mr Chris Lynch
Deputy CEO, Director of Policy

Mr Lewis Arthurton
Policy and Communications Manager

FONDATION BILL ET MELINDA GATES

Dr Christopher Elias
President Global Development

Dr Kamel Senouci
Deputy Director, Polio

Ms Liz Blakeley
Associate Program Officer
Office of the President, Global Development

COMITÉ NATIONAL DES EXPERTS POUR LA POLIO

Professor Nadiedjoa Kokou Douti
Pédiatre, président
Togo

DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INITIATIVE

Ms Judy Ogunyemi
Advocacy and Outreach Consultant

Dr Monique Wasunna
Director, DNDi Africa Regional Office

ÉCOLE NATIONALE DE SAGES-FEMMES DE LOMÉ

Professeur Gamedzi Komlatsè Akakpo-Numado
Enseignant à la Faculté des Sciences de la Santé –
Université de Lomé, Directeur

**PARTENARIAT EUROPE-PAYS EN DÉVELOPPEMENT
POUR LES ESSAIS CLINIQUES (EDCTP)**

Dr Leonardo Simao
High Representative for Africa

Professor Moses Bockarie
Director

Dr Thomas Nyirenda
Strategic Partnerships and Capacity
Development Manager

**FONDATION ELIZABETH GLASER POUR LA LUTTE
CONTRE LE SIDA PÉDIATRIQUE**

Ms Rhoda Igweta
Director, Public Policy and Advocacy

Dr Judith Kose – Otieno
Director, Pediatric and Adolescent services

Ms Caroline Zinyemba
Senior Public Policy & Advocacy Officer - Africa

**FÉDÉRATION AFRICAINE DES ASSOCIATIONS
D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (FAMSA)**

Mr Yankuba Jabbie
President

Ms Cinamon Nyagaka
Vice Regional Coordinator, Membership
and Capacity Building - FAMSA East Africa

Mr Ifeyinwa Ogbogu
Administrator

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE
DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT**

Mr Emmanuel Mujuru
Chairperson

Ms Vuyo Mjekulo
MSD Director: External Affairs, sub-Saharan Africa

Mr Zwelethu Bashman
MSD Managing Director of South Africa
and Sub-Saharan Africa Operations

Ms Ramata Franklin
Africa Engagement Committee Intern

**FÉDÉRATION TOGOLAISE DES ASSOCIATIONS
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

M. Souradji Ouro-Yondou
Secrétaire général

FONDATION BRAZZAVILLE

M. Richard Amalvy
Directeur général

M. Mikaël Oliveira
Responsable de la communication

M. Cédric Otse-Mawandza
Consultant préfigurateur Initiative de Lomé

**FRAMEWORK CONVENTION
ALLIANCE ON TOBACCO CONTROL**

Ms Fatou Diouf
Regional Coordinator AFRO & Communications Specialist

**ALLIANCE INTERNATIONALE
DES ORGANISATIONS DE PATIENTS**

Mr Kawaldip Sehmi
CEO Focal Point

Dr Bisi Bright
Board Member

Mr Ellos Lodzeni
Board Member Representing Africa

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH

Dr Christopher Fox
Chief Executive Officer

Dr Makyba Charles-Ayinde
Director of Science Policy

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Mr Yahya Korteh
Regional Director for Africa

Mr Mohamed Hoosen Suleman
Delegate

Ms Pokam Ornella Feunou
Delegate

INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY

Dr Augustina Charway-Felli
Regional Executive

Professor Jo Wilmshurst
Chair, African Board

Ms Kathryn Hodgson
Partnership and Programme Manager

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

Mr Moussa Fofana
Chairperson of IPSF AfRO

Mr David Do Céu Fiagan
Regional Relations Officer

Ms Priscilla Owusu-Mensah
Regional Project Officer

INTERNATIONAL SOCIETY OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE

Dr Sinforian Kambou
International Society of Physical and Rehabilitation
Medicine Representative for AFRO Region

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES INTERNATIONAL

Dr Maria Guevara
International Medical Secretary

Ms Claire Jeantet
Noma Campaign Manager

MEDICINES FOR MALARIA VENTURE

Dr Abena Poku-Awuku
Advocacy Manager

MOVENDI INTERNATIONAL

Mr Labram Massawudu Musah
Director

Mr Maik Dünnbier
Director of Strategy and Advocacy

NCD ALLIANCE

Ms Linda Markova
Capacity Development Officer

Dr George Msengi
Member of Secretariat, Africa NCDs Network

Mr Henry Ndhlovu
Member of Secretariat, Africa NCDs Network

Mr Christopher Agbega
Advocate Officer
Ghana branch

NUTRITION INTERNATIONAL

Dr Richard Pendame
Regional Director for Africa

Dr Banda Ndiaye
Deputy Regional Director Africa

ORDRE DES MÉDECINS DU TOGO

Professeur Anthony Katanga Beketi
Président

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS DU TOGO

D^r Yawo Tufa Nyasenu
Pharmacien

PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL (PSI)

Ms Perpetual Ofori-Ampofo
President

Ms Ritta Msibi
Union Vice-President

Mr George Poe Williams
General Secretary

ROTARY INTERNATIONAL

Dr Carol Pandak
Director, PolioPlus

Dr Tunji Funsho
Member, International Polio Plus Committee

STROKE ASSOCIATION SUPPORTNETWORK-GHANA (SASNETGHANA)

Mr Ebenezer AD Adams
Executive director

THE ROYAL COMMONWEALTH SOCIETY FOR THE BLIND

Mme Fatoumata Diouf
Regional Director

THE TASK FORCE FOR GLOBAL HEALTH, INC.

Dr Carl Reddy
Director

Ms Tina Rezvani
Associate Director of Communications and Events

TONY BLAIR INSTITUTE FOR GLOBAL CHANGE

Ms Tyra Fom
Programme Lead/ Lead Advisor

UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER (UICC)

Ms Elizabeth Joubert
CEO of Cancer Ass. of South Africa

Mr Ferdinand Sonyuy Mbiydzenyuy
President/CEO, RADA

UNITED NATIONS FOUNDATION, INC.

Dr Cecilia Mundaca Shah
Director, Global Health

Ms Lori Sloate
Sr Director Global Health

UNITED STATES PHARMACOPEIAL CONVENTION

Mr Michael Schmitz
Director, International Advocacy

UNITING TO COMBAT NEGLECTED TROPICAL DISEASES

Ms Thoko Elphick-Pooley
Executive Director

Mr Stuart Halford
Director of Advocacy and Resource Mobilisation

Mr Marc Wormald
Policy Advisor

UNIVERSITÉ DE PRETORIA

Professor Flavia Senkubuge
Deputy Dean Stakeholder relations

VISION FOR ALTERNATIVE DEVELOPMENT

Ms Juliet Akuamoah Boateng
Policy and Advocacy Officer

Mr Solomon Foli Akakpo
Program Officer

Mr Geoffrey Ocansey
Fellow

WATERAID INTERNATIONAL

Mr Lloyd Mtalimanja
Policy & Sector Engagement Coordinator

Ms Dedo Mate-Kodjo
Pan Africa Programme Manager

WEST AFRICAN ALCOHOL POLICY ALLIANCE

Dr Franklin Umenze
Chair

Mr Issah Ali
Head of Secretariat

Mme Roseline Thomas Richards
Liberia Alcohol Policy Alliance (LAPA)
National Coordinator

WONCA AFRICA/AFROPHC

Dr Dania Abubakar Momodu
President

Head of delegation

Professor Shabir Moosa
Former President

FÉDÉRATION MONDIALE DES SOCIÉTÉS D'ANESTHÉSIOLOGISTES

Mr Francis Peel
Communications and Advocacy Manager

Dr Philippe Mavoungou
Council member

FÉDÉRATION MONDIALE DU CŒUR

Ms Kelcey Armstrong-Walenczak
Policy and Advocacy Manager

Mr Jeremiah Mwangi
Director of Policy and Advocacy

FÉDÉRATION MONDIALE CONTRE L'OBÉSITÉ

Mr Emmanuel Antwi Akoto
Founder and President, BeActive Foundation Ghana
(Associate Member)

Dr Urudinachi Agbo
Observers

Dr Hannah Brinsden
Director of Policy

ORGANISATION MONDIALE DES MÉDECINS DE FAMILLE

Dania Abubakar Momodu
President

6. INVITÉS**COMMISSION RÉGIONALE AFRICAINE DE CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE**

Professeure Rose G. Fomban Leke
Présidente

GHANA HEALTH SERVICE

Anthony Ofosu
Deputy Director-General

MUHIMBILI UNIVERSITY OF HEALTH AND ALLIED SCIENCES (MUHAS)

Professor Julie Makani
Associate Professor

REDMA

Masao Kindiano
Consultant

UNIVERSITÉ DE L'ÉTAT-LIBRE

Motlalepula Matsabisa
Professor and Chairperson of the WHO Regional
Expert Advisory
Committee on Traditional Medicines for
COVID-19 Response

ORGANE INTERGOUVERNEMENTAL DE NÉGOCIATION DE L'OMS

Precious Matsoso
Coprésidente

M. Ahmed Salama Soliman
Vice-président

ANNEXE 2

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la session du Comité régional de l'Afrique et élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs (Document [AFR/RC72/Decision 1](#))
3. Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire (Document [AFR/RC72/1](#) et Document [AFR/RC72/1 Add.1](#))
4. Nomination des membres de la commission de vérification des pouvoirs
5. Intervention du président du Sous-Comité du Programme au Comité régional (Document [AFR/RC72/2](#))
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale (Document [AFR/RC72/3](#))

Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

7. PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau (Document [AFR/RC72/4](#) et Document [AFR/RC72/R2](#))
8. Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC72/5](#))
9. Protection contre les risques financiers pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC72/6](#))
10. Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030 (Document [AFR/RC72/7](#))

Pilier 2. Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

11. Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 (Document [AFR/RC72/8](#) et Document [AFR/RC72/R3](#))
12. Organe intergouvernemental de négociation : le point de la situation et consultation sur l'avant-projet (Document [AFR/RC72/9](#))

Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

13. Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 (Document [AFR/RC72/10](#) et Document [AFR/RC72/R1](#))

Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

14. Septième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC72/11](#))
15. Budget programme 2024-2025 et Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025 (Document [AFR/RC72/12](#))
16. Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional (Document [AFR/RC72/13](#))

17. Documents d'information

Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

- 17.1 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 qui vise à combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles (Document [AFR/RC72/INF.DOC/1](#))
- 17.2 Rapport de situation sur le cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/2](#))
- 17.3 Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/3](#))
- 17.4 Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac 2019-2025 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/4](#))
- 17.5 Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre de l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs dans la Région africaine de l'OMS (Document [AFR/RC72/INF.DOC/5](#))

Pilier 2. Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

- 17.6 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte 2020-2030 (Document [AFR/RC72/INF.DOC/6](#))

Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus-grand bien-être

- 17.7 Rapport de situation sur la mise en œuvre du document technique visant à réduire les inégalités en matière de santé par une action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région africaine (Document [AFR/RC72/INF.DOC/7](#))

Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

- 17.8 Rapport de situation sur l'Observatoire africain de la santé (Document [AFR/RC72/INF.DOC/8](#))
- 17.9 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine (Document [AFR/RC72/INF.DOC/9](#))
- 17.10 Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS (Document [AFR/RC72/INF.DOC/10](#))
- 18. Adoption du rapport du Comité régional (Document [AFR/RC72/145](#))⁵.
- 19. Clôture de la soixante-douzième session du Comité régional

⁵ Sous réserve de l'adoption des procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique, qui prévoient que le projet de rapport final sera communiqué après la clôture de la session. Si ces procédures sont adoptées telles que communiquées, ce point ne fera plus l'objet d'un examen ultérieur au cours de la session.

ANNEXE 3

PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA SOIXANTE-TREIZIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

1. Ouverture de la session
2. Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour provisoire et du programme de travail provisoire
4. Nomination des membres de la Commission de vérification des pouvoirs
5. Intervention du président du Sous-Comité du Programme
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale
7. (Questions d'intérêt mondial liées aux décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé)

Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

8. Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 : cadre d'action dans la Région africaine
9. Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire dans la Région africaine de l'OMS
10. Transformer les plans en action – élaborer une stratégie régionale pour accélérer la mise en œuvre et le suivi des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région africaine de l'OMS
11. Stratégie régionale sur les produits de diagnostic et les services de laboratoire

Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

12. Plan d'action pour renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS
13. Cadre pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique dans la Région africaine

Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

14. Huitième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine
15. Budget programme
16. Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-quatorzième session du Comité régional
17. Documents d'information

Pilier 1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

- 17.1 Rapport de situation sur le cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la Région africaine de l'OMS
- 17.2 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie de recherche pour la santé dans la Région africaine 2016-2025
- 17.3 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour transposer à une plus grande échelle les innovations en santé dans la Région africaine de l'OMS
- 17.4 Rapport de situation sur l'exploitation des solutions en matière de cybersanté afin d'améliorer les systèmes de santé nationaux dans la Région africaine de l'OMS
- 17.5 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine 2012-2022

Pilier 3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

- 17.6 Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030 dans la Région africaine de l'OMS
- 17.7 Rapport de situation sur la mise en œuvre de la Décennie d'action pour la sécurité routière dans la Région africaine
- 17.8 Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan stratégique pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région africaine 2019-2025
- 17.9 Rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations du Rapport de la Commission sur la Santé de la Femme dans la Région africaine visant à relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique

Pilier 4. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

- 17.10 Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
- 17.11 Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS
- 18. Adoption du rapport du Comité régional
- 19. Clôture de la soixantième-treizième session du Comité régional

ANNEXE 4

LISTE DES DOCUMENTS

AFR/RC72/1	Ordre du jour provisoire
AFR/RC72/1 Add.1	Programme de travail provisoire
AFR/RC72/2	Intervention du président du Sous-Comité du Programme au Comité régional
AFR/RC72/3	Activités de l'OMS dans la Région africaine : rapport annuel de la Directrice régionale
AFR/RC72/4	PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau
AFR/RC72/5	Cadre pour renforcer la mise en œuvre du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC72/6	Protection contre les risques financiers pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC72/7	Cadre pour la maîtrise, l'élimination et l'éradication intégrées des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030
AFR/RC72/8	Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030
AFR/RC72/9	Organe intergouvernemental de négociation : le point de la situation et consultation sur l'avant-projet
AFR/RC72/10	Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032
AFR/RC72/11	Septième rapport de situation sur la mise en œuvre du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC72/12	Budget programme 2024-2025 et Prolongation du treizième programme général de travail, 2019-2023 jusqu'en 2025
AFR/RC72/13	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional
AFR/RC72/14	Adoption du rapport du Comité régional

DOCUMENTS D'INFORMATION

AFR/RC72/INF.DOC/1	Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 qui vise à combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles
AFR/RC72/INF.DOC/2	Rapport de situation sur le cadre régional de mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030
AFR/RC72/INF.DOC/3	Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030
AFR/RC72/INF.DOC/4	Rapport de situation sur la mise en œuvre dans la Région africaine de la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac 2019-2025
AFR/RC72/INF.DOC/5	Rapport de situation sur le cadre de mise en œuvre de l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs dans la Région africaine de l'OMS
AFR/RC72/INF.DOC/6	Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte 2020-2030
AFR/RC72/INF.DOC/7	Rapport de situation sur la mise en œuvre du document technique visant à réduire les inégalités en matière de santé par une action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région africaine

AFR/RC72/INF.DOC/8	Rapport de situation sur l'Observatoire africain de la santé
AFR/RC72/INF.DOC/9	Rapport sur le personnel de l'OMS dans la Région africaine
AFR/RC72/INF.DOC/10	Questions à caractère régional découlant des rapports d'audit interne et externe de l'OMS

DÉCISIONS DE PROCÉDURE

AFR/RC72/Decision 1	Procédures spéciales régissant la conduite des séances hybrides de la soixante-douzième session du Comité régional
AFR/RC72/Decision 2	Élection du président, des vice-présidents et des rapporteurs de la soixante-douzième session du Comité régional
AFR/RC72/Decision 3	Composition de la commission de vérification des pouvoirs
AFR/RC72/Decision 4	Pouvoirs
AFR/RC72/Decision 5	Remplacement de membres du Sous-Comité du Programme
AFR/RC72/Decision 6	Propositions concernant la désignation des États Membres de la Région africaine devant siéger au Conseil exécutif et être élus à des postes au Bureau du Conseil exécutif
AFR/RC72/Decision 7	Proposition concernant la désignation des États Membres de la Région africaine qui devront siéger au Bureau de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé
AFR/RC72/Decision 8	Projet d'ordre du jour provisoire, lieu et dates de la soixante-treizième session du Comité régional
AFR/RC72/Decision 9	Accréditation d'acteurs non étatiques régionaux n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS pour qu'ils puissent participer aux sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSOLUTIONS

AFR/RC72/R1	Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032
AFR/RC72/R2	PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau
AFR/RC72/R3	Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030
AFR/RC72/R4	Motion de remerciements



**Organisation
mondiale de la Santé**

Région africaine